

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES DÉPRESSIVES
de la Paralyse générale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Maurice PÉRIDIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Cette (Hérault), le 9 Octobre 1880



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES DÉPRESSIVES
de la Paralyse générale

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES DÉPRESSIVES

de la Paralyse générale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PÉRIDIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Cette (Hérault), le 9 Octobre 1880



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY.
	FABRE,
	X...
Clinique obstétricale et Accouchements.	AUGAGNEUR.
Clinique ophtalmologique	PIERRET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	WEILL.
Clinique des maladies mentales	MONOYER.
Clinique des maladies des enfants	HUGOUNENQ.
Physique médicale	CAZENEUVE.
Chimie médicale et pharmaceutique	BEAUVISAGE.
Chimie organique et Toxicologie	LORTET.
Matière médicale et Botanique	TESTUT.
Parasitologie	RENAUT.
Anatomie	MORAT.
Anatomie générale et Histologie.	TEISSIER.
Physiologie.	X...
Pathologie interne	MAYET.
Pathologie externe.	TRIPPIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	POLLOSSON (M.)
Anatomie pathologique	ARLOING.
Médecine opératoire	LACASSAGNE.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (J.)
Médecine légale	SOULIER.
Hygiène	FLORENCE.
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	MOREL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
PAVIOT.	CHATIN.	CHARVET.	NICOLAS.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	COMMANDEUR.	PATEL.
BERARD.	TIXIER.	GAYET.	PLAUCHU (ch.).
SAMBUC.	REGAUD.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, Président ; M. BARRAL, Assesseur ;
MM. PIC et MOREL, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En faible témoignage de ma profonde
reconnaissance, pour leur infini dé-
vouement.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRET

Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. PIC

Médecin des Hôpitaux

Au commencement de ce travail, nous tenons à remercier vivement M. le professeur agrégé Pic ; c'est à lui que nous devons la première idée de ce sujet, il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils les plus bienveillants ; qu'il reçoive aujourd'hui l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Pierret nous fait le grand honneur de présider notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous avons trouvé auprès de M. le docteur Taty, chef de laboratoire de médecine mentale, l'accueil le plus aimable ; nous sommes heureux de le remercier de l'appui qu'il nous a donné.

M. P.

INTRODUCTION

Nous sommes loin d'avoir la prétention, dans ce modeste travail, de faire œuvre complètement nouvelle. On ne manquera pas de nous objecter que cette question, après être longtemps restée dans l'obscurité, a été mise en évidence avec un éclat peu ordinaire par Bail-larger, le premier, et depuis par une suite d'élèves qui, marchant sur les traces d'un tel maître, arrivèrent par leurs travaux à une compétence reconnue par tout le monde.

Il est délicat et dangereux peut être, après de tels illustrations, de venir aborder un pareil sujet.

Nous ne pourrions souvent pas mieux faire que de nous inspirer de travaux antérieurs qui font toujours autorité dans la psychiâtrie moderne, et d'en faire découler quelques conclusions pratiques.

C'est là en effet que doivent tendre tous les efforts du médecin. Hippocrate disait que la fin de la médecine était la connaissance du pronostic et du traitement.

Quelle sera donc l'utilité d'un retour sur un sujet qui peut paraître épuisé ? On s'en apercevra en parcourant les traités classiques dans lesquels les étudiants s'initient aux secrets de la médecine, et que les praticiens consultent à l'occasion dans les cas difficiles.

On y lira avec intérêt d'ailleurs des descriptions magistrales sur le paralytique général, mais ce sera toujours sur le type euphorique, sur l'individu content de lui et de tout ce qui l'entoure, en un mot, sur le mégalo-maniaque. C'est le tableau immortel que nous a laissé Bayle, du délire de grandeur, de richesse, de satisfaction, mais presque toujours tout s'arrête là ; quelquefois cependant on cite la forme dépressive, mais on l'étiquette immédiatement anormale et peu fréquente.

Voisin, dans son *Traité sur la paralysie générale des aliénés* a fait cette remarque : « on est vraiment en droit de s'étonner qu'il soit si peu connu (le délire mélancolique). Seuls les spécialistes sont au courant de la question » (1). Il y a donc, semble-t-il, une certaine importance à mettre en relief ces formes qu'on est un peu trop porté à considérer comme exceptionnelles et à laisser passer inaperçues, à rechercher leur fréquence, leurs causes, leur valeur pronostique.

Parmi les modalités de la dépression, il en est une sur laquelle l'attention a été attirée depuis quelques années seulement, c'est la forme prodromique neurasthénique, et cependant quel intérêt il y a à l'isoler, à la différencier nettement de la neurasthénie vraie.

(1) Voisin. Traité de la paralysie générale des aliénés,

L'importance du diagnostic, est on le conçoit, à un double point de vue pratique et nosologique.

Et d'abord pratiquement le pronostic et le traitement différeront complètement dans l'un ou l'autre cas, ce qui convient à l'un peut être très nuisible à l'autre, la paralysie générale peut donner lieu à des constatations médico-légales qui seront l'opposé de celles qu'on pourra déduire de la neurasthénie ; enfin le paralytique général peut devenir un danger social véritable à une période quelconque de son affection, il n'en est pas de même pour le neurasthénique.

Au point de vue nosologique il est intéressant de savoir s'il existe une réelle différence de nature entre la neurasthénie vraie et ces états neurasthéniformes prodromiques de la paralysie générale.

La première de ces affections a été, depuis son isolement, fortement démembrée et réduite à l'état d'un simple syndrome, qui finira peut-être un jour par disparaître à mesure qu'on connaîtra mieux sa pathogénie.

Nous étudierons donc successivement les formes dépressives de la paralysie générale au point de vue :

- 1° Historique ;
- 2° Etude clinique ;
- 3° Diagnostic ;
- 4° Etiologie ;
- 5° Pathogénie ;
- 6° Pronostic ;
- 7° Conclusions.

HISTORIQUE

Nous n'entrerons pas ici dans de longs développements sur toute l'histoire de la paralysie générale ; cette étude sortirait des limites de notre travail : d'ailleurs elle a été faite depuis longtemps et nous risquerions des redites inutiles.

Nous nous bornerons à rappeler les noms de ceux qui se sont signalés principalement par des travaux sur les formes dépressives.

L'accord est loin d'exister sur la nature de la paralysie générale.

Après avoir été une entité morbide à cadre très fermé, elle a été une première fois démembrée par Baillarger ; depuis l'étude des pseudo-paralysies générales a au contraire reculé ses limites, surtout si on admet avec M. le professeur Pierret, que ces pseudo-maladies ne sont que des pseudo-diagnostics.

Nous nous abstiendrons de prendre parti dans ce problème qui n'est pas encore complètement résolu.

C'est Willis, qui en 1675, paraît avoir été le premier à

remarquer la tristesse chez un malade paralysé et qui mourut en très peu de temps.

Son observation en latin en fait foi et même en parcourant ses œuvres, on peut se rendre compte que chaque fois qu'il parle de l'association de la folie et de la paralysie, il signale la présence de la tristesse comme si à cette époque la forme ambitieuse eut été moins fréquente.

Nous ne citerons ensuite que pour mémoire les noms de Bonet et de Morgagni pour arriver à Haslam.

Ce dernier auteur a au contraire laissé complètement de côté la forme mélancolique pour s'attacher uniquement au paralytique général satisfait, qu'il a contribué à rendre classique, suivi dans cette voie par un auteur, dont on ne peut passer le nom sous silence, chaque fois qu'on s'occupe de la paralysie générale, nous voulons parler de Bayle.

Celui-ci, en effet, a comme systématiquement évité de faire la moindre allusion à la dépression. Est-ce un oubli ou un parti pris? Nous ne croyons ni à l'un ni à l'autre de la part d'un esprit aussi élevé et nous préférons nous ranger à l'avis de MM. Voisin et Burlureaux (1). C'est à savoir que à cette époque l'évolution de la maladie ayant complètement changé, les formes dépressives étaient devenues excessivement rares.

Vers 1825 Calmeil constate l'existence d'un délire dépressif, mais il fait remarquer en même temps, son extrême rareté. Or en 1853, il change complètement d'opinion et avoue la fréquence presque aussi grande des

(1) Voisin et Burlureaux. De la mélancolie dans ses rapports avec la P. G.

deux types ambitieux et mélancolique ; c'est cette transformation que Lunier signale quelques années plus tard dans les annales médico-psychologiques (1873).

Puis viennent Parchappe, Esquirol, Pinel 1848 qui opposent nettement les deux marches différentes d'une même maladie ; Billod. Falret dans sa thèse remarquable (1853) décrit presque aussi bien que de nos jours le tableau du paralytique général déprimé ; il fait ressortir l'absurdité de son délire, les alternatives de gaieté et de tristesse, il n'y a presque rien à changer.

Losegue ne pouvait ignorer ce sujet et on s'en convainc en lisant sa thèse d'agrégation (1853).

Baillarger enfin a attaché son nom à la synthèse de tous ces travaux peu connus jusqu'alors : il a marqué le tout au coin de son intelligence, en insistant sur la forme hypochondriaque de la dépression dans la paralysie générale.

Depuis MM. Voisin et Burlureaux ont, dans un mémoire couronné par l'académie de médecine, mis en relief des variétés aussi intéressantes ; et après eux la question s'est autrement étendue avec l'apparition de ce qu'on a appelé les pseudo-paralysies générales qui ont une prédilection marquée pour les formes dépressives.

Aussi de nos jours n'a-t-on pas été sans observer leur nombre toujours croissant, surtout à mesure qu'on sait mieux les connaître.

Cette augmentation paraît être en rapport aussi avec des conditions étiologiques nouvelles que nous étudierons ultérieurement.

Les statistiques que nous avons pu trouver nous renseignent sur cette augmentation.

En 1859 M. Brierre de Boismont compte 26 fois le délire dépressif sur 100 cas (1).

Dix ans plus tard Voisin signale 41 fois, cette forme sur 100 cas (2). En 1877 Saury publie 109 cas de paralysie générale dont il note 14 sans délire, 26 avec délire des grandeurs et tout le reste avec les formes qui nous intéressent.

En 1880, Voisin et Burlureaux écrivent ce qui suit « nous dirons même que depuis trois ou quatre ans nous rencontrons la mélancolie plus souvent que le délire expansif à la première période de la maladie » (3).

Cette transformation progressive de la paralysie générale semble donc bien réelle. Pourquoi d'ailleurs refuserait-on d'admettre une pareille évolution? Est ce que cela ne s'est pas vu pour nombre d'autres affections? Ne constate-t-on pas actuellement que certaines d'entre elles s'atténuent considérablement pendant que d'autres deviennent plus graves?

Nous ne citerons comme exemple que la scarlatine et la syphilis. La première ne comportait autrefois qu'un pronostic assez bénin, et, nous ne parlerons pas des ravages épouvantables que le mal vénitien a exercé pendant longtemps sur l'Europe.

Est-ce qu'à son tour la paralysie générale ne peut pas avoir subi l'influence de conditions diverses.

Calmeil et Lunier ont été les premiers peut être à

(1) Brierre de Boismont. Ann. médico psych. 1859.

(2) Voisin. Union médicale, 1870.

(3) Voisin et Burlureaux. De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale.

remarquer les différences variant avec les époques dans les manifestations psychiques de l'affection. MM. Voisin et Burlureaux ont partagé cette opinion, nous verrons ce qu'elle a de fondé.

ÉTUDE CLINIQUE

Le professeur Pierret a divisé la paralysie générale en trois formes principales :

1° Paralysie générale ordinaire ou méningo-encéphalite diffuse ;

2° Paralysie générale procédant du tabes sensitif avec symptômes superposés ;

3° Paralysie générale procédant du tabes moteur.

Cette dernière forme est caractérisée par une démence d'emblée sans aucun délire. Les deux autres peuvent présenter de la dépression et la seconde en particulier s'accompagne d'un état mental tout spécial.

Il serait oiseux de rappeler ici la marche entière de la paralysie générale, tout le monde connaît sa division classique en trois périodes ; une quatrième se dessine sous les efforts de Régis et de Ballet, c'est la période prodromique, c'est une des moins connues et des plus intéressantes, elle retiendra particulièrement notre attention. Il est bien entendu que nous laisserons à peu près complètement de côté les troubles somatiques pour nous en tenir aux troubles psychiques et parmi ces derniers, ceux qui s'accompagnent de dépression.

Qu'entend-on par ce mot *dépression*? C'est une lassitude, un découragement, une résignation de l'esprit; une absence de réaction de l'individu, un arrêt psychique plus ou moins prononcé des fonctions cérébrales, une tristesse passive du malade pouvant aller de la simple indifférence à l'état de stupidité aigue.

Cette *dépression* peut se rencontrer dans plusieurs variétés d'états psychiques comme la *mélancolie*, l'*hypochondrie*, le *délire de persécution*; elle n'est pas cependant constituée par eux, puisque ces formes peuvent se voir chez des *maniaques*. On rencontre, en effet, des *mélancoliques* ou des *hypochondriaques* qui sont de véritables agités et même un danger pour la société.

Cet état de *dépression* se manifeste extérieurement par des jeux de physionomie, des paroles ou enfin des actes, et c'est de ce côté seulement que nous pouvons le constater et l'étudier.

Cette *dépression* pourra d'ailleurs être ou non accompagnée de *délire* et dans le premier cas le *délire* pourra affecter diverses formes.

Etudions rapidement ces divers cas et nous verrons ensuite leur disposition dans l'évolution de la *paralysie générale*.

En premier lieu, c'est la forme décrite par Régis et Ballet sous le nom de *prodrome neurasthénique*; cette modalité est entre toutes difficile à étudier, car les observations manquent le plus souvent. Ce n'est pas que le début *asthénique* soit rare dans la *paralysie générale*, mais à cette période de la maladie les troubles sont si légers que bien souvent ils passent inaperçus. Quand les gros symptômes font leur apparition, on néglige le

plus fréquemment les prodromes, et il n'est pas facile d'obtenir, soit du malade lui-même, soit de la famille des renseignements précis sur les premières manifestations du mal, c'est pour cette raison que dans nos recherches nous n'avons eu que peu de résultats du côté des asiles ou des hôpitaux; dans ces milieux, les malades arrivent toujours à une période avancée, on a affaire le plus souvent à des individus d'une instruction plutôt au-dessous de la moyenne, qui ne savent pas s'observer ou rendre compte de leurs observations.

Dans la clientèle ordinaire, le praticien qui suit un malade, quelquefois même une famille entière, depuis longtemps est mieux placé pour assister à l'éclosion de la maladie et aux premiers troubles qu'elle occasionne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Pic)

M. X..., ingénieur, 40 ans. A eu à 25 ans une affection vénérienne mal caractérisée et qui pourrait bien être la syphilis. Tempérament un peu émotif, un notable degré de surmenage cérébral ; peut être léger alcoolisme.

Rien à signaler de particulier dans ses antécédents héréditaires ; marié, sa femme n'a pas eu d'enfants, ni de fausses couches.

Depuis six mois environ, son entourage a été frappé par divers changements survenus dans son caractère et son intelligence. Au point de vue intellectuel, il a eu plusieurs défailances qui ont été remarquées de ses chefs, il a fait plusieurs erreurs dans ses calculs, dans ses plans ; interrogé sur ces faits, il les reconnaît, mais sans y attacher d'importance ; tandis que son caractère est devenu inquiet, irritable et d'une émotivité extrême ; il se préoccupe de sa santé d'une façon vague, mais sans s'apesantir sur les phénomènes vraiment importants.

La parole est anonnante et bredouillante.

Il y a quelques tremblements des zygomatiques, parfois un peu de mâchonnements, un peu d'achoppement des syllabes.

Léger tremblement menu des mains.

L'écriture n'est pas altérée, mais le malade fait des erreurs dans les opérations d'arithmétique les plus élémentaires.

De temps à autre sur son faciès triste se dessine une ébauche de sourire béat ; néanmoins la mémoire des faits soit anciens, soit récents est peu atteinte, il en est de même du jugement.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

L'examen des urines est négatif.

Les pupilles sont égales, réagissent un peu paresseusement à la lumière.

Pas de strabisme, ni de diplopie.

Tube digestif fonctionne bien ; urine : ni sucre, ni albumine.

Pas de fièvre.

Le malade dort mal et rêve à ses occupations habituelles.

A aucun moment le malade n'a déliré.

Du mois de février 1903 au mois de septembre 1904, le malade est soumis très régulièrement à une série de périodes de 20 jours de traitement par des injections sous-cutanées d'huile biodurée de Panas.

Dès le premier trimestre se produit une rémission notable dans la marche de la maladie.

Il faut ajouter qu'en dehors de la cure hydrargyrique, le malade a été soumis à un régime sévère ; d'abord à une médication lactée mitigée, puis à un régime moins uniforme mais dont les alcooliques et les excitants (café, thé) ont été rigoureusement exclus ; qu'en outre, le malade a été condamné à prendre un congé, et par suite à cesser tout travail intellectuel. Actuellement, l'amélioration est telle que depuis trois mois, le malade a pu reprendre ses occupations sans en éprouver trop de fatigue et sans que son service donne lieu à aucun reproche de la part de ses chefs.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic)

M. X..., ancien commerçant.

M. X..., a toujours été un viveur, alcoolique mondain, c'est-à-dire buvant largement aux repas et entre les repas des vins généreux, des liqueurs, des apéritifs variés.

Depuis qu'il est retiré des affaires, l'absence d'occupations régulières a encore accentué ces habitudes.

Depuis l'âge de 55 ans, on a constaté chez lui un teint subictérique, un foie gros et un peu douloureux, des troubles oculaires dont l'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. le Dr Dor révèle la relation avec l'insuffisance hépatique latente; il s'agit en effet d'un synchisis étincelant. c'est-à-dire de la présence de paillettes de cholestérine dans le corps vitré.

Quoique marié et père de famille, X..., à 62 ans, contracte la syphilis; celle-ci réveille la prépathie hépatique; le foie se tuméfie considérablement, l'ictère est intense, il se produit de l'ascite et un peu d'œdème des membres inférieurs; les urines sont rares, contiennent de l'albumine et des pigments biliaires; la température oscille entre 38 et 39°. La rate est grosse. Signes de faiblesse cardiaque. Un peu d'hydrothorax aux deux bases. Le malade maigrit considérablement. Tous ces phénomènes se passent un mois à peine après le contact infectant.

Aussi l'accident étant insoupçonné, on porte le diagnostic de néoplasme comprimant les voies biliaires, et la question de l'opportunité d'une intervention chirurgicale est discutée par d'éminents maîtres d'une grande ville universitaire.

Toutefois le repos au lit, la diète lactée, améliorent un peu le malade.

C'est à ce moment que M. le professeur Pic est appelé à l'examiner; il constate outre une cicatrice récente nettement indurée, au niveau du sillon balano-préputial, l'existence d'une roséole généralisée typique; en présence de ces consta-

tations le malade se décide à avouer l'origine du mal, dont au reste il ne soupçonnait pas la véritable nature.

Le foie est encore gros et douloureux (octobre 1901) il y a encore un peu d'ascite. Les urines ne contiennent plus d'albumine.

Le régime lacté absolu est de nouveau prescrit ; des frictions mercurielles d'abord, puis des pilules de Dupuytren sont prescrites pendant trois mois avec périodes d'interruption.

Très rapidement une grande amélioration se produit : les éruptions disparaissent, les phénomènes hépatiques retrocèdent ; le malade peut bientôt aller compléter son rétablissement dans le Midi.

L'année suivante se passe suffisamment bien, avec quelques retours offensifs du côté de la peau, ou des muqueuses ; le malade est traité par la méthode des cures intermittentes du professeur Fournier, néanmoins en été, une iritis se déclare ; on fait alors des injections d'huile biodurée et l'affection rétrocede rapidement.

L'hiver revenu, le malade retourne dans le Midi, où il a des manifestations du côté des fosses nasales, une médication spécifique a encore raison de ces troubles.

Mais lorsque le malade revient à Lyon, au printemps, on est frappé du changement qui s'est produit dans son état, physiquement le malade qui, après la guérison de ses accidents primo-secondaires, avait repris une physionomie normale et un certain embonpoint, a de nouveau maigri considérablement avec un faciès terreux ; mais un plus grand changement encore s'est produit au point de vue psychique.

M. X... qui était un viveur et un joyeux compagnon, était comme les gens de son espèce, insouciant, gai, aimant plaisanter, ayant toujours le mot pour rire, racontant des histoires amusantes ou des scènes de chasse avec beaucoup d'humour : aujourd'hui il se traîne plutôt qu'il ne marche, d'une démarche vacillante et trémulante ; puis il s'affaisse dans un fauteuil où il reste des heures, occupé, en apparence à de tristes méditations, d'où, si on l'interpelle, il ne sort que pour répondre par

des monosyllabes ; d'autres fois il ne sort de son mutisme que pour dire qu'il se sent faible, qu'il est très malade, que c'est encore son foie qui lui joue un mauvais tour.

L'objet constant de ses préoccupations est son organe hépatique, alors qu'il ne prête aucune attention au trouble réel de ses fonctions intellectuelles, se caractérisant par de la diminution de la mémoire et de l'attention, par une incapacité absolue en face du moindre effort cérébral (lecture, écriture, calcul) ; d'autre part on remarque chez lui une perte absolue des sentiments affectifs, seul subsiste un attachement pour ses chiens de chasse.

La parole est un peu bredouillante ; il y a parfois un peu d'achoppement des syllabes, mais rien encore de bien caractéristique.

On perçoit une contraction trémulante des fléchisseurs, lorsqu'on se fait serrer la main.

Les reflexes rotuliens sont un peu exagérés. Les pupilles sont égales, mais réagissent paresseusement à la lumière et à l'accommodation.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien au poumon ni au cœur.

Les injections biiodurées sont reprises.

Juin 1903. — Le traitement spécifique paraît absolument inefficace. La dépression psychique est de plus en plus manifeste. La tristesse et l'accablement sont constants : toutefois, en appelant fortement l'attention du malade, on arrive encore de temps à autre de provoquer une explosion de rire niais.

Le malade passe des journées entières au lit ou sur une chaise longue à ne rien faire.

La perte de mémoire est complète, le sentiment de la personnalité s'efface, et le malade parle de lui-même à la troisième personne ; il y a de l'écholalie.

La parole est très bredouillante. Peu de tremblement des doigts. Un peu de tremblement de la langue. Faiblesse musculaire considérable, inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson.

Il n'y a pas de délire, mais le malade par suite de ses troubles de mémoire confond les personnes et les lieux et embrouille tout dans ses récits : il parle d'ailleurs peu et, graduellement, se restreint à la vie végétative. L'insomnie nocturne contraste avec la somnolence diurne.

Pas de signes du côté des sphincters.

Le professeur Pierret qui voit le malade avec M. Pic, en juillet, confirme le diagnostic de paralysie générale à forme dépressive avec évolution démentielle d'emblée, il porte un pronostic fatal à brève échéance. M. Pierret insiste sur le rôle de l'auto-intoxication d'origine hépatique dans la pathogénie du processus morbide. En fait, le malade tombe rapidement dans la démence complète et succombe en octobre 1903 à une broncho-pneumonie.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Pic)

M. X..., 35 ans, grand industriel des environs de Lyon, sans antécédents héréditaires ni personnels de quelque importance, en particulier, pas de maladies infectieuses, pas d'alcoolisme ni d'autres causes d'intoxication.

Avoue avoir eu la syphilis vers sa vingtième année, et s'être toujours insuffisamment soigné.

Vient consulter au début de 1904 pour « un état de neurasthénie » qui remonterait à six mois environ.

Il se plaint de ne plus pouvoir s'occuper de ses affaires ; son associé, dit-il, lui a fait observer qu'il a fait des erreurs dans sa comptabilité.

Ce qui frappe au premier abord, chez ce prétendu neurasthénique, c'est l'immobilité du masque contrastant avec la grande

mobilité de la physionomie qu'ont ordinairement les véritables neurasthéniques.

Le fond de ses pensées est triste, mais il s'y surajoute une grande indifférence morale et un égoïsme profond, sur laquelle sa femme appelle particulièrement l'attention.

D'autre part, bien qu'il se plaigne de ne pouvoir s'occuper de ses affaires, il n'attribue pas à ce trouble intellectuel toute l'importance qu'il mérite et se laisse très facilement persuader qu'il s'agit là d'un phénomène tout passager.

Il n'y a pas de troubles de la parole ni de troubles de l'écriture, mais le malade commet des erreurs dans les opérations d'arithmétique les plus élémentaires. Il n'y a aucune espèce de délire : jamais de bouffées mégalomoniaques ou ambitieuses, le malade donne sur le chiffre de ses affaires des évaluations très vraisemblables : il n'a commis aucun acte délictueux ni même fait aucune spéculation hasardeuse.

Il existe un très léger tremblement des doigts, ce tremblement est bien mis en évidence par l'attitude du salut.

Pas d'inégalité pupillaire, mais un peu d'ébauche du signe d'Argyll-Robertson.

Exagération nette des réflexes rotulières. Pas de troubles de la marche, les troubles de la mémoire sont évidents.

On a eu des nouvelles de ce malade ; la diminution de l'intelligence paraît nette et le diagnostic de paralysie générale à forme dépressive paraît s'imposer.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Pic)

M, X..., contremaître d'un atelier de construction de chemin de fer ; 36 ans, de bonne constitution. Sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés ; a eu des accidents primitifs et secondaires à 20 ans, a été très insuffisamment soigné, depuis, a été soumis en outre à un travail assez considérable qui parfois a été un véritable surmenage, a

en outre commis quelques excès alcooliques ; marié, sa femme n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

En janvier 1902, vient consulter, parce que depuis trois mois, ses chefs ayant remarqué des négligences graves dans son service, l'ont prié de prendre un congé.

Le malade est profondément triste et déprimé, très préoccupé de son état et s'inquiète du sort qui est réservé à sa femme, s'il doit rester longtemps malade, il accuse d'autre part une grande faiblesse.

Malgré sa tristesse, il est parfois irascible à la moindre contrariété. Les mains sont animées d'un léger tremblement à petites oscillations.

Les réflexes rotuliens sont exagérés ; rien aux pupilles.

La parole est un peu ânonnante, bredouillante, avec léger tremblement des zygomatiques.

L'écriture est tremblée avec des omissions de mots.

Le malade fait de nombreuses erreurs, dans les opérations arithmétiques les plus élémentaires, et il n'est nullement ému par la constatation de ce fait.

Sa mémoire est très amoindrie, il n'y a aucune espèce de mégalomanie ni de délire d'aucune sorte ; le malade n'a commis aucun acte délictueux.

Il se plaint de maux de têtes et d'insomnie.

L'examen des viscères est négatif ; il n'y a pas de troubles de la sensibilité, cet examen est d'ailleurs difficile en raison de la peine que l'on éprouve à fixer l'attention du malade.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le malade est soumis sans aucun succès pendant un mois au traitement spécifique ; ensuite il va passer trois mois à la campagne. A son retour, son état s'étant aggravé, les troubles de la mémoire ayant augmenté et la difficulté du travail étant aussi grande, il demande lui-même à entrer dans une maison de santé. Il n'y passe que quinze jours ; étant ennuyé de se trouver avec des fous, il demande sa sortie, et, comme de fait, il ne délire en aucune façon, on ne peut la lui refuser, et il vient nous consulter.

L'aggravation est manifeste, le malade est profondément abattu et découragé, le faciès est immobile, les pupilles inégales avec signe d'Argyll-Robertson ; tremblement de la langue et des mains, grosse exagération des réflexes sans trépidation epileptoïde ; démarche paralytique ; la parole est beaucoup plus bredouillante, les troubles de la mémoire sont nets ; le malade se plaint de céphalée, son faciès est congestif.

Depuis lors (octobre 1902) il a été perdu de vue, il a probablement succombé aux progrès de la maladie.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic)

M. X. . . , 32 ans, cultivateur dans les environs de Lyon, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, pas d'alcoolisme, célibataire, ayant trois frères ou sœurs en bonne santé ; fait en août 1903 une chute sur la tête, à la suite de laquelle, il perd connaissance ; il reste étourdi pendant quelques heures, puis reprend ses sens.

Trois mois après, il se plaint de vives douleurs dans la région crânienne.

Le médecin consulté l'adresse au Dr Albertin (chirurgien des hôpitaux de Lyon) dans l'idée qu'une trépanation pourrait être indiquée.

Le Dr Albertin et le Dr Pic l'examinent alors simultanément et constatent que s'il est vrai que la céphalée existe, elle ne s'accompagne ni de crises d'épilepsie jacksonnienne, ni de paralysie, ni en somme d'aucun signe net indiquant une lésion en foyer ; en revanche, on constate l'existence de deux ordres de symptômes, les uns psychiques, les autres somatiques.

Au point de vue psychique, ce qui frappe surtout c'est un abattement extrême avec découragement profond, et tristesse invincible ; le malade a le masque du désespoir morne, presque

celui de la stupeur. Toutefois, on peut le faire sortir de son mutisme en lui adressant la parole ; il répond alors d'une voix monotone et ses paroles reflètent bien la nature sombre de ses préoccupations. Il rapporte l'origine de ses maux exclusivement au traumatisme qu'il a subi et insiste sur la grande faiblesse dans laquelle il se trouve ; son discours ne révèle d'ailleurs aucune espèce d'idée délirante, pas plus d'ordre hypémaniaque que dans l'ordre des idées de mégalomanie, d'ambition ou de satisfaction. Il raconte qu'il est cultivateur et gagne une petite journée, il s'inquiète de l'avenir qui lui est réservé, si sa maladie continue à progresser. En l'interrogeant un peu brusquement, on met en évidence les troubles de la mémoire qui ont d'ailleurs été remarqués par son entourage.

L'épreuve de l'écriture et du calcul ne donne pas de résultats précis à cause de l'insuffisance d'instruction du malade ; on ne remarque dans la parole qu'un peu d'hésitation, sans bredouillement véritable ; très léger tremblement de la langue et des lèvres ; pas de tremblement proprement dit des doigts, mais lorsqu'on se fait serrer la main par le malade, on sent une série de contractions trémulantes et de décontractions donnant dans leur ensemble l'impression d'un tremblement vibratoire à très faibles oscillations.

Exagération nette des réflexes rotuliens, pas de trépidation épileptoïde, ni de clonus de la rotule.

Inégalité pupillaire, ébauche du signe d'Argyll-Robertson.

Le malade avoue, après bien des réticences, qu'il a eu la syphilis vers l'âge de 20 ans et qu'il a été très insuffisamment soigné.

On décide alors d'essayer les injections d'huile de biiodure de mercure ; on en fait trois séries d'une vingtaine chacune ; le malade n'a pas été revu, mais on a eu de ses nouvelles par le médecin traitant, d'après lequel la tristesse a continué à être le symptôme prédominant ; en outre se sont produites des ictus avec parésie temporaire consécutive qui ont laissé à leur suite une aggravation de l'état antérieur. Sans qu'il y ait jamais eu de délire, l'intelligence est allée en baissant, mais le

diagnostic de paralysie générale a forme démentielle d'emblée s'impose à l'heure actuelle, la marche de cette affection paraît devoir être rapide ; elle n'a été aucunement influencée par le traitement spécifique, lequel n'a même produit aucune espèce de rémission.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic)

M. X..., 33 ans, médecin de campagne. Père âgé de 70 ans, artério-scléreux ; mère 60 ans bien portante ; une sœur en très bonne santé.

Le malade, d'une intelligence brillante, a toujours été très nerveux et de caractère gai et enjoué ; pas de maladies graves dans l'enfance.

Vers 23 ans, il contracte un accident primitif qui passe presque inaperçu ; cet accident en effet a été insignifiant puisque de deux spécialistes très autorisés consultés à cette époque, l'un déclara qu'il s'agissait d'herpès génital, l'autre n'affirma pas la syphilis, inclina cependant pour ce diagnostic, mais déclara l'affection peu grave ; aussi après avoir pris dans l'espace de trois mois une soixantaine de pilules de Dupuytren, le malade se crut-il complètement guéri ; aucun accident cutané ni autre ne vint d'ailleurs le troubler dans sa quiétude.

Il se livra avec ardeur à un métier pénible demandant beaucoup de fatigue et de travail intellectuel, consacrant ses soirées à l'étude et à la lecture et ne prenant jamais de repos complet.

Vers le printemps de 1898, soit dix ans après l'accident initial, ce malade remarqua quelques troubles dans sa santé, de temps en temps des céphalées, puis des vertiges, un peu de diminution de la mémoire, une diminution nette de la puissance sexuelle. En même temps, ses amis remarquèrent qu'il changeait de caractère, qu'il était habituellement sombre et

préoccupé, lui qui était ordinairement exubérant et communicatif.

En juillet 1898, le tableau change brusquement, le malade a un petit ictus avec perte de connaissance incomplète, à la suite duquel il perd momentanément l'usage de la parole, et celui des membres du côté droit; rapidement, en quelques jours, les troubles moteurs s'effacent, les troubles de la parole sont également très passagers, mais depuis lors le malade a parfois un peu de paraphasie et même de jargonaphasie, il emploie un mot pour un autre et forge des néologismes. Ce qui frappe dans son état, c'est une dépression psychique et morale, en même temps qu'une grande clairvoyance sur son propre état, il insiste lui-même sur ses troubles de la mémoire, sur son incapacité au travail; il nous pose anxieusement la question de savoir s'il n'est pas atteint de paralysie générale au début, et cette préoccupation constante augmente sa tristesse.

Toutefois, malgré cette tristesse, il est évident qu'il n'accorde pas à ce diagnostic, qu'en somme il a fait spontanément, toute son importance, et il s'en laisse volontiers détourner par des arguments de bien faible portée.

A cette époque, le diagnostic entre un syndrome neurasthénique et un début de paralysie générale est très difficile, car la diminution de l'intelligence est très délicate à mettre en évidence; la persistance remarquable de la conscience empêche à première vue de se prononcer pour ce dernier diagnostic.

Il n'y a aucun degré de tremblement des mains, pas de troubles de la parole autres que ceux qui ont été notés ci-dessus, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de bredouillement, d'annonnement, ni d'achoppement des syllabes, pas de tremblement des lèvres, ni des zygomatiques. Les mots difficiles (artillerie, etc.,) sont prononcés d'un seul jet, sans aucune hésitation ni reprise. Mais il y a un peu d'inégalité pupillaire avec ébauche d'Argyll-Robertson, un peu d'exagération des réflexes rotuliens.

L'écriture n'est pas tremblée, mais en la regardant attenti-

vement, on s'aperçoit qu'il y a des lettres ou des syllabes sautées, que les ratures sont fréquentes, que d'autre part les phrases s'enchevêtrent bizarrement et que l'auteur passe d'un sujet à un autre sans transition, ce qui donne un peu de décousu au style ; qu'en ce qui concerne le fonds même de la pensée, ce style traduit à côté de préoccupations sérieuses et tristes sur son état de santé, des idées puériles qui contrastent avec l'intelligence antérieure et la haute culture intellectuelle générale et spéciale du sujet.

Un certain degré de démence, au sens psychiatrique moderne du mot, est évident ; il ne s'agit donc pas de phénomènes neurasthéniques simples.

D'autre part, un examen approfondi, pratiqué avec le docteur Leclerc, révèle l'existence d'un léger degré d'anosmie et de quelques troubles de la gustation.

Pas de troubles de la sensibilité générale.

Des injections biiodurées sont faites en série ; une certaine amélioration fonctionnelle s'étant produite, le malade reprend courage et croit qu'il s'agit de simples accidents d'artérite cérébrale ; toutefois les signes de lésion en foyer vont en s'atténuant, tandis que les signes de démence vont en progressant.

La confusion mentale et l'incohérence font des progrès ; toute occupation intellectuelle est désormais impossible.

De temps à autre surviennent des crises d'excitation, suivies de dépression extrême et d'un amoindrissement de l'intelligence.

La mémoire diminue de plus en plus, et bientôt surviennent des troubles de la personnalité ; le malade parle de lui-même à la troisième personne.

Pas de mégalomanie, pas d'idées de satisfaction, le caractère est généralement triste, le faciès exprime l'oisiveté ou l'indifférence, mais jamais la gaieté.

Le malade est interné, et présente à plusieurs reprises quelques légers ictus qui laissent à leur suite une aggravation de l'état initial.

Au bout d'un an, le malade est un vrai dément et gâteux, immobilisé sur une chaise, puis dans son lit.

Il continue trois ans encore à vivre d'une vie purement végétative, puis succombe au dernier degré de la cachexie nerveuse, cinq ans après l'apparition des premiers symptômes de périencéphalite diffuse.

OBSERVATION. VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic).

M. X..., 55 ans, employé d'administration, est examiné pour la première fois le 26 août 1903.

Antécédents héréditaires et collatéraux. Père mort à 71 ans d'influenza, mère morte en mai 1903, à 71 ans. Trois frères et sœurs en bonne santé.

Marié à 28 ans, en 1883. Sa femme a eu deux fausses couches, la première à six mois, quatre ans après le mariage, la deuxième à un mois, dix ans après, le troisième enfant est une fille âgée de 12 ans, actuellement bien portante quoique très nerveuse.

Lui même n'a pas eu de maladie grave dans l'enfance. Il avoue très nettement avoir eu la syphilis trois ou quatre ans avant son mariage, et avoir été très insuffisamment soigné.

Depuis 1888, c'est-à-dire, cinq ans après son mariage, il a accusé des douleurs de jambes sous forme de lancées brusques et très vives, soit diurnes, soit nocturnes et causant alors de l'insomnie.

Pas de crises viscérales, constipation habituelle.

Depuis janvier 1903, le malade est triste, préoccupé, irascible ; en même temps il a éprouvé de la difficulté au travail, et ses chefs qui n'avaient jamais eu qu'à se louer de ses succès se sont plaints de lui et l'ont engagé à prendre un congé pour se reposer.

Au premier examen, le 1^{er} août 1903, on constate un peu de tâtonnement dans la démarche, une abolition absolue des réflexes patellaires, de l'inégalité pupillaire ; avec signe d'Argyll-Robertson.

Le signe de Romberg est très net ; les douleurs fulgurantes sont diminuées et ont même presque complètement disparu tandis que sont apparues des phénomènes cérébraux : inaptitude au travail, impossibilité ou du moins difficulté de fixer son attention, grande tristesse avec dépression générale et préoccupation sur sa faiblesse physique, unie à des préoccupations d'une intensité extrême sur la santé de sa femme qui cependant est satisfaisante, ainsi que de sa fille qui est également en bonne santé. Chose particulière, le malade ne se préoccupe nullement de son état de déchéance intellectuelle qui demande un peu à être cherché, mais est cependant réel.

La diminution de la mémoire est nette, il n'y a pas de tremblement de l'écriture, mais on remarque l'omission de lettres ou de syllabes.

La rapidité des opérations intellectuelles est atteinte, ainsi que le prouvent les erreurs que commet fréquemment le malade dans les opérations d'arithmétique les plus simples, telles que les divisions, les soustractions et mêmes les additions ; ce trouble est d'autant plus frappant que le malade de par ses occupations était appelé à faire constamment de la comptabilité. Lorsqu'on lui fait remarquer une erreur, il n'en éprouve aucune émotion. Inversement, il manifeste de la sensiblerie pour des objets de préoccupation très futiles, et pleurniche volontiers. Puis tout à coup une ébauche de sourire béat vient trancher d'une façon contradictoire sur le fonds habituellement triste des pensées : le malade se préoccupe d'un rhume qu'il a contracté, croit devoir en mourir, etc. ; puis une consolation banale ramène sur ses lèvres le sourire, au milieu de larmes et puis le malade retombe dans son attitude sombre et triste. En même temps, il est très irascible, il s'emporte contre sa femme à la première et légère contradiction.

A aucun moment depuis le mois de janvier dernier, le malade n'a eu de délire sous aucune forme en particulier, pas de mégolomanie, aucun acte inconséquent. Tremblement de

la langue. Anonnement et développement des syllabes. Un peu de céphalée sous forme de lancées.

En présence de l'étiologie nettement spécifique et de l'absence de traitement antérieur, on ordonne un traitement de vingt jours consécutifs à l'aide d'injections sous-cutanées d'huile biodurée de Panas à 0,004 par cc, une injection par jour.

Le 23 septembre 1903, il paraît y avoir une notable amélioration psychique; le malade ne se trompe pas dans ses calculs. Il a l'air plus gai et moins irascible.

Le 26 octobre 1903, l'amélioration n'a pas continué. Le malade est découragé, sombre et triste; il songe à l'avenir qu'auront sa femme et son enfant lorsqu'il n'y sera plus.

Du 1^{er} décembre 1903 au 11 janvier 1904, série de six injections de 0 gr. 07 de calomel sans résultat appréciable. Le malade se trompe de nouveau dans ses calculs; le tremblement de la langue est de nouveau plus accusé après avoir diminué.

Le fonds du caractère consiste toujours dans un mélange de tristesse irritable et de défaut d'appréciation de son état. 11 janvier 1904. L'examen montre que le malade est de plus en plus un paralytique général vrai. L'euphorie est nette. Le malade entre en souriant en disant d'un air béat. « Je vais très bien. De temps à autre, rire, mais mâchonnement fréquent, soubresauts tendineux durant une heure avant de s'endormir.

Réflexes rotuliens abolis — tremblement des doigts très légers — réflexes tendineux des membres supérieurs abolis, réflexes musculaires exagérés notamment au long supinateur. — Argyl-Robertson — Pupille droite plus dilatée que la gauche, tremblement latéral et antéropulsion de la langue en mouvement de trombone. Facies congestif.

Le malade succombe brusquement en mai 1904 à un ictus apoplectique.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pic)

M. X..., docteur en droit, avocat, âgé de 25 ans, demeurant à X...

Père goutteux, mère bien portante.

Rien à signaler parmi ses collatéraux.

Ce jeune homme n'a eu aucune maladie grave dans son enfance; il était d'une intelligence brillante et d'un tempérament très gai.

A 20 ans, il a un « petit bouton » dans le sillon balano-préputial; cet accident a été montré à un spécialiste très autorisé, qui aurait conclu à de l'herpès génital et n'aurait ordonné aucun traitement spécifique.

Le malade aurait eu des maux de gorge peu après que l'on considère comme banals.

En somme, s'il y a eu une syphilis anormale, ce qui est infiniment probable, elle ne paraît pas avoir été diagnostiquée et n'a été soumise à aucun traitement spécifique.

Le malade est vu pour la première fois le 1^{er} avril 1898.

Depuis le mois de janvier, son caractère a beaucoup changé, il est devenu profondément triste et irascible; on a diagnostiqué chez lui « une neurasthénie » et le père consulte pour demander si un voyage pourrait lui ramener sa gaieté première.

Ce qui frappe chez le malade au premier abord, c'est en effet une expression de tristesse profonde avec abattement; le masque, d'autre part, est immobile et impassible avec une nuance d'indifférence et même de stupeur.

Il faut insister beaucoup pour obtenir des réponses lentes, à voix sourde et monotone; chacune de ses réponses paraît nécessiter un effort violent de la part du malade.

Il s'assied où on lui dit, et resterait immobile dans cette

attitude, pendant toute la consultation, si on ne l'obligeait à se lever et à marcher.

Lorsqu'on l'interroge sur son état, il avoue une faiblesse générale, une incapacité de travail absolue, toutefois il se tourmente peu de cette diminution intellectuelle, et ce fait seul suffit à mettre en garde contre le diagnostic proposé de neurasthénie.

Sa mémoire présente des lacunes incontestables; il fait de grandes erreurs de calcul, son écriture toutefois est correcte au point de vue de la ligne, mais quelques lettres sont omises.

Il n'y a pas dans la parole de bredouillement, ni d'achoppement des syllabes, mais un très minuscule tremblement des zygomatiques; de temps à autre un peu de mâchonnement; pas de tremblement de la langue.

Très léger tremblement des doigts.

Réflexes patellaires très exagérés, sans trépidation épileptique.

Un peu d'inégalité pupillaire avec réaction paresseuse à la lumière.

Le malade a un peu maigri depuis quelque temps; il se plaint de céphalée et a une insomnie constante.

Il ne délire point; en particulier pas de mégalomanie, ni d'idées de satisfaction, ses idées sont toutes d'ordre triste comme l'indique sa physionomie.

Pas de constipation, pas de fièvre, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic de paralysie générale est affirmé; on pronostique une marche rapide, en recommandant de surveiller le malade au point de vue de la possibilité d'accidents d'agitation; un traitement anti spasmodique est prescrit.

Malgré tout, quinze jours après, le malade prend de l'excitation maniaque, il est transporté d'urgence dans un asile où il succombe au bout de huit jours avec les symptômes classiques du délire aigu.

Régis, dans la *Presse Médicale*, 1897, cite trois observations analogues de paralysie générale avec prodromes neurasthéniques. Dans ces trois cas, le diagnostic était particulièrement difficile, mais il a été fait cependant.

Toutes ces observations ont des points communs en grand nombre, ce qui prouve que le début neurasthénique a une certaine fixité de caractère qui justifie l'importance qu'on a attachée à cette forme.

Ces caractères sont de deux ordres principaux : troubles psychiques et symptômes physiques. Dans les premiers nous remarquons tout d'abord les modifications de l'intelligence ; elles sont profondes dès le début et surviennent le plus souvent brusquement ; elles font un contraste frappant avec l'état intellectuel antérieur dans les observations que nous rapportons et par conséquent plus faciles à saisir ; ces malades en effet, étaient pour la plupart des personnes instruites et habituées aux opérations cérébrales ; cette diminution de l'intelligence survenant assez brusquement est remarquée par le malade lui-même ou par les personnes qui l'entourent ; nous avons vu (Observ. I), un ingénieur s'apercevoir de son incapacité au travail, un ancien commerçant qui se reconnaît incapable du moindre effort cérébral (Obser. II) un industriel qui renonce à ses affaires et prend un congé (Observ. III), un employé d'administration qui est remercié temporairement par ses chefs (Observ. VII), un médecin obligé d'abandonner sa clientèle (Observ. VI).

Cette diminution, cette déchéance intellectuelle est très nette puisqu'elle survient chez des individus très entreprenants, très travailleurs auparavant ; les malades

eux-mêmes s'en aperçoivent et ne font alors aucune résistance au conseil qu'on leur donne de se reposer quelque temps.

En même temps on constate l'absence à peu près complète de réaction aux impressions extérieures ; c'est une indifférence, une apathie presque absolue ; la physionomie reflète bien cet état d'âme, le visage perd toute expression et toute mobilité, ou bien ce masque traduit des sentiments tout à fait contradictoires avec ceux que le malade prétend éprouver.

D'autres fois cette réaction subsiste encore, mais le temps qui s'écoule entre l'impression extérieure et la manifestation de son entrée dans la conscience est considérablement augmenté.

Les processus psychiques les plus élémentaires sont atteints et on en retrouve la preuve dans les opérations intellectuelles les plus simples, les plus inconscientes d'ordinaire.

La mémoire est toujours notée comme considérablement diminuée, que cette diminution porte sur des faits anciens ou récents ; par suite l'association des idées qui suppose l'intégrité de la mémoire, est atteinte et cette opération devient tout à fait défectueuse.

On met tous ces troubles en évidence par certaines opérations qui en sont pour ainsi dire les témoins.

La parole a perdu sa netteté et sa facilité ordinaire, les modifications peuvent être plus ou moins profondes depuis la simple hésitation jusqu'au bredouillements et à l'achoppement des syllabes caractéristiques de paralysie générale, le malade répond après un certain temps ou ne répond pas du tout ; on retrouve là le

retard ou l'absence de la réaction que nous avons signalée plus haut ; si on le fait lire, il saute des lignes, des mots ou des syllabes.

L'écriture est de même en général profondément modifiée ; elle peut être tremblée ou incomplète, ou encore le malade omet des mots en copiant ; il forge parfois des néologismes, il a de la jargonophilie (Observ. VI) ce qui indique un affaiblissement plus profond de l'intelligence ; on retrouve ces troubles dans la parole.

Un exercice qui à ce point de vue fait bien ressortir les changements survenus, ce sont les opérations d'arithmétique.

L'ingénieur qui fait l'objet de notre observation I se trompe dans ses calculs, c'était pourtant un professionnel, et ses erreurs portent sur les opérations les plus simples, addition, soustraction, etc.

L'employé d'administration de notre observation VII se trompe dans sa comptabilité et c'est ce qui attire tout d'abord l'attention de ses chefs. Il est rare en effet que cette faculté ne soit pas touchée et il est facile de s'en rendre compte en faisant exécuter par le malade des calculs même les moins compliqués.

Quelquefois comme nous l'avons vu dans l'observation VI tous ces troubles sont très légers, du moins tout à fait au début, mais dans ce cas on remarque toujours une lenteur plus ou moins considérable dans l'exécution des actes qu'on demande au malade, comme si ces opérations intellectuelles nécessitaient un effort cérébral considérable. C'est ce que nous voyons par exemple encore dans l'observation VIII.

D'autre part, le caractère est lui aussi profondément

modifié et cela suivant deux modes principaux qu'on retrouve au commencement de toute paralysie générale, il devient irascible et indifférent.

Ces changements sont aussi rapidement remarqués surtout quand il s'agit, comme dans nos observations, de sujets généralement gai et « bons vivants », qui deviennent peu à peu de plus en plus émotifs et susceptibles, se mettant en colère pour des futilités et parfois même sans aucune raison ; leur humeur devient acariâtre et ils sont une charge pour les personnes qui les entourent. Cette irascibilité s'accompagne d'une indifférence remarquable qui s'étend jusqu'aux êtres les plus chers auparavant ; le malade est un égoïste profond qui s'isole du monde extérieur, parfois subsiste un attachement illogique pour des choses ou des animaux, nous avons noté l'affection d'un malade pour ses chiens de chasse (observ. n° II). Cette apathie dégénère en passivité pour tout ce qui ne gêne pas le malade, il s'inquiète peu de l'endroit où il se trouve, il se préoccupe rarement de son avenir, à moins qu'il n'ait des connaissances médicales (observ. n° VI). C'est encore une manifestation de la déchéance intellectuelle.

Dans les formes ordinaires à cette indifférence se surajoute la gaîté, la satisfaction ; au contraire dans les formes qui nous intéressent nous trouvons une tristesse invincible et presque constante, nous n'avons en tout cas à cette période prodromique, jamais noté un délire, quelconque, soit expansif, soit mélancolique ; c'est un abattement complet de l'individu, comme si le cerveau fatigué par une cause quelconque n'avait pas l'énergie nécessaire pour réagir contre l'infection ou l'intoxication.

Enfin l'étude des symptômes physiques permet d'affirmer le diagnostic ; ceux-ci ne sont le plus souvent qu'ébauchés. Cependant certains manquent rarement et sont presque pathognomoniques.

C'est ainsi qu'après la lecture des observations on est frappé de l'existence de tremblements apparaissant à la même époque que les premiers troubles psychiques.

Ces tremblements se retrouvent au niveau des différents muscles de la face ou des bras. A la face ce sont surtout les muscles entourant l'orifice buccal, les zygomatiques, l'orbiculaire ; ces contractions intermittentes apparaissent principalement dans les mouvements volontaires, en faisant parler le malade par exemple ; au bras en demandant au malade de vous serrer la main, on perçoit de même une série de contractions et de décontractions successives. C'est un symptôme qui est très précoce et qui par conséquent a une grande valeur ; il est dû vraisemblablement à une insuffisance d'excitation nerveuse du côté des fléchisseurs des doigts et de la main.

Enfin plus on avance dans l'évolution de la maladie, plus ces symptômes psychiques et somatiques deviennent nets et empêchent toute confusion ; en s'aggravant ils aboutissent à une déchéance intellectuelle complète et à une impotence des membres presque absolue.

Les cas qui s'accompagnent de délire sont les plus fréquents. Ses variétés sont très riches et les observations en sont classiques ; on les retrouvera en consultant nos indications bibliographiques. Dupré, dans le traité de Pathologie mentale de G. Ballet, les divise en idées

hypochondriaques, de négation, de persécution, de damnation, enfin la stupeur qui est le point extrême des idées mélancoliques.

Le délire hypochondriaque a été remarquablement étudié par Baillarger. Il en a tracé le tableau bien mieux que nous ne saurions le faire.

« Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués ; ils prétendent par exemple qu'ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré. Il semble à quelques-uns que leurs aliments sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même sous les vêtements. Certains prétendent que leur corps tombe en putréfaction. Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux, d'autres affirment ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner. Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils ne les ont plus, il en est qui vont jusqu'à se croire mort (1) ».

Ces derniers versent déjà dans les idées de négation, bien décrites par Séglas et Cotard.

Ce sont des malades qui nient complètement l'existence de leurs organes et même jusqu'à leur existence propre non seulement actuelle, mais même antérieure, ils ne croient plus à l'existence de leurs parents, de leurs amis et même de tout le monde extérieur.

Ces idées un peu atténuées deviennent des idées de transformation corporelles. Ce sont les paralytiques

(1) Baillarger. — Union médicale, 1857 ; Ann. médic. psych. 1858-1860.

généraux qui se croient changés en verre, en gélatine, etc. Certains sont devenus des nains, leurs membres sont atrophiés : c'est le délire micromaniaque ou des petites personnes bien étudié par Materne, Voisin ; ou bien ils sont atteints d'exagération hypochondriaque, c'est-à-dire un mélange d'idées de grandeur et d'hypochondrie ; ils croient avoir la tête bourrée de billets de banque ou 300.000 vers qui bouchent leur intestin. Nous avons observé un cas de ce genre à l'asile de Bron dans le service de M. le Dr Papillon, c'était un malade qui croyait que sa tête grossissait démesurément.

Le délire mélancolique peut s'accompagner d'hallucinations ; celles du sens auditif sont les plus fréquentes, puis viennent les hallucinations gustatives et génitales, ces dernières peuvent aboutir au délire de grossesse qu'on a observé même chez l'homme.

Ces hallucinations généralement pénibles ne tardent pas à faire naître les idées de persécution. Dupré et Larioux ont aussi constaté l'existence de ces hallucinations psycho-motrices si bien décrites par Séglas (1).

Ces idées de persécution se retrouvent encore dans une forme que M. le professeur Pierret a contribué à faire connaître, c'est la forme tabétique ; chez un individu atteint depuis un certain temps par la sclérose des cordons postérieurs de la moelle avec tous les symptômes d'un tabes confirmé, on voit survenir brusquement le plus souvent des phénomènes paralytiques ; en même temps le malade interprétant faussement de véritables

(1) Séglas. — Troubles du langage chez aliénés.
Sérieux. — Archives de neurologie, 1894.

sensations douloureuses, évolue insensiblement vers le délire de persécution.

Ces troubles d'ailleurs sont la plupart du temps passagers, ils disparaissent aussi brusquement qu'ils étaient survenus et entièrement ; le malade sort guéri de sa paralysie générale.

On le voit ce sont des formes intéressantes au point de vue de la pathogénie et du pronostic. M. le professeur Pierret en a réuni un assez grand nombre d'observations.

La dépression affecte donc dans le cours de la périencéphalite diffuse des formes variées. Le type s'oppose nettement au type ambitieux. L'exubérance de l'un contraste avec le silence, le mutisme même de l'autre.

Quelles que soient les idées prédominantes de négation, d'hypochondrie, de persécution, le paralytique général déprimé nous apparaîtra toujours comme fuyant le reste de la société, il se renferme en lui-même ; il s'écarte quand le professeur vient à lui, il va s'asseoir au fond de la cour, n'adresse la parole ni à ses gardiens ni à ses camarades d'internement ; bien souvent même il refuse tout aliment de peur d'aggraver de chimériques souffrances ou bien encore en proie à des hallucinations terribles, poussé par on ne sait quel mobile, il attende à ses jours ou à ceux de ses voisins.

Il se dérobe à toute question, et quand il répond c'est pour se plaindre, soit de lui-même, soit d'un ennemi plus ou moins imaginaire.

D'autres fois il importune le médecin par son assiduité à toutes les consultations comme nous l'avons vu pour la forme neurasthénique prodromique, ou dans la

forme hypochondriaque. Il faut à tout prix lui trouver une lésion correspondant avec les troubles qu'il croit éprouver, et quand le médecin pense l'avoir satisfait en simulant une audition attentive de ses maux, il trouve immédiatement un autre sujet d'inquiétude ; ce sont des cas véritablement désespérants.

Considérons maintenant la marche de la maladie et la répartition de ces formes suivant la période de l'affection.

On peut dire tout d'abord que la dépression en général s'observe à toutes les étapes du mal.

On a tenté (Gross en Allemagne, Judson S. Bury en Angleterre, Ballet et Régis (1) en France, de faire de la période prodromique neurasthénique une caractéristique obligatoire, un syndrome précoce de la paralysie générale. Cela nous paraît vrai en partie dans la plupart des cas ; la méningo-encéphalite diffuse semble précédée d'une période de dépression véritablement prodromique, que cette dépression d'ailleurs affecte la forme neurasthénique ou mélancolique simple.

Nous avons vu dans les observations que nous publions ces malades qui consultent pour un simple changement de caractère ; le père de l'un d'eux voulait emmener son fils en voyage pour le « distraire », c'est le début ; ces modifications s'accroissent bientôt, l'égoïsme devient de plus en plus profond, l'indifférence de plus en plus complète ; c'est ensuite l'intelligence qui est atteinte, le malade est obligé d'abandonner ses occupations antérieures ; peu après apparaissent des troubles somati-

(1) Régis. — Semaine médicale, 1893.

ques, trémulations, tremblements, parfois une ébauche de signe d'Argyll-Robertson.

Le plus souvent le malade n'a nullement conscience de tous ces changements, mais parfois il s'inquiète de son état, et cette préoccupation augmente encore sa tristesse, de ce cercle vicieux naît un état tout spécial qui a beaucoup d'analogie avec le syndrome de Beard.

A la période de début on peut observer toutes les variétés de la forme dépressive : mais ici il existe des troubles caractéristiques du côté des organes et des membres. On peut voir depuis une tristesse vague, des préoccupations insignifiantes jusqu'à l'hypochondrie, l'aboulie, l'apraxie, l'apathie : tout cela se reflète sur le visage, sur la mimique ; la physionomie est concentrée, l'M mélancolique nettement dessiné, le malade est figé ; ses traits restent immobiles et sans expression, l'inhibition psycho-motrice est complète ; les actes volontaires n'existent plus, c'est un état de stupidité aiguë.

Il serait trop long d'étudier toutes les combinaisons possibles de la dépression à cette période, on les trouvera dans le mémoire de MM. Voisin et Burlureaux (1).

L'étape suivante est vraiment le règne du délire ; à cette époque est le maximum des troubles psychiques et leur plus grande richesse, ce n'est cependant qu'une exagération, une aggravation de la période précédente.

D'une manière générale, le malade est plus triste, ses lamentations sont interminables et répétées sur un ton plaintif, ses souffrances sont généralisées.

(1) Voisin et Burlureaux. — De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale.

La plupart du temps l'annonce d'un internement ne soulève aucun murmure de sa part « il attend patiemment qu'on l'interroge et les questions qu'on lui pose ne parviennent pas à secouer son apathie ; il n'y prête pas attention et les comprend avec difficulté. Il répond avec insouciance, et au hasard sans se donner la peine de réfléchir et en se contredisant sans cesse, ses réponses sont monosyllabiques, — oui — non — ou bien il répond invariablement — je ne sais pas (1) ».

De plus son intelligence est affaiblie, les réponses sont lentes, le malade répète souvent les mêmes mots, ses phrases restent sans fin, et bien souvent les mots lui manquent, il ne se souvient plus, il ne peut exprimer son idée ; c'est de « l'amnésie verbale ».

D'autres fois le mutisme est presque complet ; en lisant le malade oublie des lignes entières ; son indifférence est absolue, il ne cherche pas à savoir où il est enfermé, pourquoi et jusqu'à quand il y restera ; enfin parfois ici encore la dépression atteint l'état de stupeur avec immobilité complète, raideur des membres, refus d'aliments.

D'autres malades présentent un certain état d'agitation ; ce sont ceux qui recherchent la mort, mais on trouve dans ces projets de suicide tout l'illogisme et toute l'absurdité qui sont à la base de toutes les conceptions du paralytique général, révélant ainsi sa profonde déchéance intellectuelle.

Enfin, dans la période terminale, la démence est com-

(1) Magnan et Sérieux. — De la paralysie générale.

plète. Cette étape ne comprend presque plus de manifestations psychiques ; l'indifférence est absolue et il serait difficile de distinguer dans ce qui reste alors de l'intelligence humaine un type euphorique et un type mélancolique.

Suivant la classification de M. le professeur Pierret sur la paralysie générale, classification que nous avons reproduite plus haut, nous trouvons dans la seconde classe : paralysie générale consécutive à un tabes sensitif, une variété toute spéciale de la dépression c'est un délire hypochondriaque, ou lypémaniaque basée sur une interprétation fausse de sensations viscérales d'origine tabétique.

M. le professeur Pierret a beaucoup insisté sur cette forme dont il a recueilli de nombreuses observations ; nous en avons trouvé une typique dans le service de clinique de M. le professeur Bondet ; d'autre part dans les observations à prodromes neurasthéniques, il y en a une qui présente nettement des symptômes tabétiques,

Nous l'avons cependant réunie aux autres à cause de la prédominance d'un syndrome dépressif analogue à celui décrit par Béard.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le service de M. le professeur Bondet)

V... Louis, 45 ans, tollier, salle Saint-Augustin, entré le 21 novembre 1904.

Le malade vient à l'hôpital parce qu'il a remarqué dans ses matières la présence d'animaux et de débris de *toenia*. Il y a trois ans qu'il a fait cette remarque pour la première fois ;

depuis il a pris des vermifuges à plusieurs reprises, mais l'expulsion n'a jamais été complète. Il présente en outre divers symptômes : céphalée, embarras de la parole, qu'il met sur le compte de son tœnia. Père mort accidentellement à 56 ans; mère âgée de 75 ans et bien portante; trois frères bien portants.

Veuf, sa femme est morte d'une laryngite bacillaire, elle n'a pas eu de fausses couches. Un fils âgé de 17 ans, jouissant d'une bonne santé.

Personnellement le malade a eu la fièvre typhoïde, en revenant du service militaire.

Il nie absolument avoir eu la syphilis, il n'a eu qu'une blennorrhagie. Alcoolisme léger.

Il y a trois ans, il a remarqué pour la première fois la présence d'anneaux de tœnia dans ses matières; depuis ce moment-là, son caractère a changé, il est devenu sombre, triste, pleurant à la moindre émotion, se plaignant de douleurs plus ou moins bizarres dans tout le corps, particulièrement dans l'abdomen et le thorax, et attribuant toujours ces phénomènes à son tœnia.

Il n'a pas eu de crises nerveuses, sa mémoire a commencé à faiblir l'année passée; en même temps sa parole est devenue embarrassée et des maux de tête plutôt nocturnes à siège frontal sont apparus; depuis sept ou huit mois il accuse des troubles dans la marche; il lui semble qu'il marche sur du coton, il ne sait où il pose les pieds; il ne peut rentrer chez lui le soir sans lumière et sans se tenir à la rampe.

Il ne se plaint pas de douleurs dans les jambes, ni dans les bras.

Il a des douleurs au niveau de l'estomac, une sensation d'étouffement et de constriction qui remonte jusqu'au pharynx; il n'a jamais eu de vomissements; c'est un homme de 45 ans qui paraît de constitution robuste; il a le regard en dessous et paraît toujours préoccupé.

Il répond assez mal aux questions qu'on lui pose; il lui arrive souvent de répondre à côté; sa parole est embarrassée

et un peu traînante, il bredouille des mots un peu longs et difficiles et saute souvent des mots dans la conversation.

Examen somatique.

Les membres n'ont pas diminué de volume, il n'existe pas d'atrophie musculaire ; la force musculaire est bien conservée dans les quatre membres.

Quand on fait marcher le malade, on voit qu'il ne jette pas ses membres ; par contre, il marche les jambes un peu écartées ; la démarche est en somme peu troublée, mais le malade a parfaitement la sensation qu'il marche sur du velours ; il exécute bien les mouvements qu'on lui commande et s'arrête sans hésitation ; l'immobilité complète, les deux pieds joints est possible : si un pied lâche le sol, les yeux étant fermés, le malade perd l'équilibre ; il prétend qu'il lui est impossible de marcher la nuit sans lumière et sans appui.

L'incoordination des mouvements dans la position couchée est assez marquée ; c'est avec beaucoup d'hésitation que le malade arrive à poser un talon sur le genou et la jambe opposée, ou à placer l'index d'une main sur son nez.

Il ne présente pas de tremblements. Le réflexe rotulien est complètement aboli.

L'examen de la sensibilité montre peu de troubles de celle-ci : la sensibilité à la piqure est conservée ; il n'y a pas de retard dans les perceptions, pas d'erreur de localisation ; la sensibilité au contact est également intacte.

Le malade accuse peu de troubles de la sensibilité subjective, ou du moins ceux-ci sont extrêmement vagues ; il n'a pas de douleurs dans les membres ; dans l'abdomen, il a parfois la sensation d'un objet qu'on déplace, qui remonte dans la poitrine et semble venir à la gorge ; il ne manque pas d'attribuer ces sensations à son *toenia*,

La céphalée à siège frontal et nocturne apparaît seule nette. Pas d'anesthésie cornéenne ni pharyngienne.

La pression sur les zones mammaires, sous-costales et ovariennes détermine une sensation d'étouffement.

La pression sur l'occiput n'est pas douloureuse.

Le malade a eu des bourdonnements d'oreilles, mais assez rares ; il semble à certains moments que l'ouïe soit un peu diminuée.

Pas de troubles de l'odorat.

Le goût est un peu perversi ; le malade a souvent la sensation de quelque chose d'amer lorsqu'il mange des aliments ordinaires.

Les troubles de la parole consistent dans une certaine lenteur et surtout un bredouillement de mots ; pas de tremblement des lèvres, léger tremblement en masse de la langue.

Du côté des yeux, on remarque un myosis intense et constant qui empêche de chercher les réflexes pupillaires.

Pas de troubles des muscles moteurs de l'œil, pas de nystagmus. Depuis sept à huit mois, le malade a remarqué que sa vue a baissé.

Au point de vue intellectuel, on remarque une véritable diminution de la mémoire, le malade répond souvent à côté des questions qu'on lui pose et son intelligence actuellement paraît plutôt limitée.

Son émotivité est très grande, il pleure facilement, souvent et pour un rien, il paraît très nerveux, a des mouvements brusques et absolument inattendus.

Cœur : pointe bat dans le cinquième espace, rien de particulier.

Poumon : Sonorité normale en avant. En arrière, submatité aux deux sommets ; à ce niveau la respiration est un peu granuleuse et de tonalité basse.

Le foie ne paraît pas gros.

L'estomac n'est pas dilaté.

En examinant ce malade, on n'a pas retrouvé de symptômes pouvant faire croire à la présence d'un tœnia, qui peut cependant avoir existé autrefois : en tout cas, l'interprétation qu'il en fait et les symptômes que le malade lui attribue sont, on le comprend, com-

plètement faux, il prétend par exemple qu'il entend siffler son *taenia*; que ses voisins l'entendent faire du bruit dans l'intérieur de son corps, et il s'étonne même qu'un animal si faible puisse faire autant de bruit.

C'est évidemment un délire hypochondriaque et il s'en faudrait de peu pour que ce malade tourne à la lypémanie.

Les formes dépressives peuvent donc s'observer à toutes les périodes et affecter des modalités différentes. Si pendant longtemps on les a ignorées, jusqu'à Voisin, c'est que le paralytique général déprimé n'attire que rarement l'attention sur lui; la forme expansive au contraire s'impose; le mélancolique se cache, il ne se plaint que quand on l'interroge; loin de les provoquer, il éloigne les recherches. De plus les formes dépressives sont bien moins caractéristiques que la forme euphorique, on en voit beaucoup de cas en dehors de la paralysie générale. Au contraire le délire des grandeurs offre des caractères bien spéciaux, et presque pathognomoniques, dans la paralysie générale.

Il ne faut pas croire, d'ailleurs, qu'on puisse trouver une forme dépressive absolument pure; la forme expansive vient dans le cours de la maladie se faire jour, c'est ce qu'on appelle la forme alternante; l'excitation remplace la dépression et réciproquement; il y a ainsi dans la vie du malade des phases où il passe de la plus grande gaieté à la plus profonde tristesse.

Seule la neurasthénie prodromique pourrait prétendre à se poser en loi générale. Elle est fréquente, en effet, on peut presque dire habituelle à la période de début de la paralysie générale.

DIAGNOSTIC

On comprend l'importance qu'il y aurait dans cette maladie plus que dans toute autre à établir un diagnostic précoce, à dépister dès le premier jour l'existence et la nature de la lésion.

Il est certain que les premiers désordres organiques se produisent dans l'encéphale avant la sensation des premiers troubles psychiques.

Du jour, où le malade ou son entourage s'aperçoivent du plus faible changement dans le caractère, date, pour nous, médecins, l'apparition du premier symptôme que nous sachions interpréter.

Nos méthodes, nos moyens d'examen ne nous permettent pas pour le moment d'aller plus loin ; mais qui pourrait dire à quelle époque remonte la main-mise de la maladie sur sa victime ? Qui sait depuis quand l'infection syphilitique ou autre, minant sourdement, a commencé à attaquer la cellule cérébrale.

En 1880, Voisin et Burlureaux (1) publient l'observa-

(1) Voisin et Burlureaux. — De la mélancolie dans ses rapports avec la P. G.

tion d'un homme, atteint depuis peu d'une certaine susceptibilité de caractère. Rien ne permettait de poser le diagnostic de paralysie générale. Le malade fut enlevé par une affection intercurrente et à l'autopsie on trouva nettement caractérisées bien qu'atténuées les lésions de la méningo-encéphalite diffuse. « Est-il possible, disent ces auteurs, dans l'état actuel de la science, de soupçonner chez un malade atteint de délire dépressif sans aucun trouble somatique l'évolution future d'une péri-encéphalite diffuse? »

C'est pour répondre à ce desideratum que MM. Régis et Ballet (1) ont tenté d'appeler l'attention sur la période prodromique neurasthénique. Cet état s'opposerait à ce qu'on a décrit sous le nom de polypragmasie, ce serait une période apragmatique, qu'on nous pardonne ce néologisme. Ces auteurs insistent sur cette forme sous laquelle l'affection aime à se dissimuler au début.

Le diagnostic a alors en effet une grande importance, car à ce moment une erreur peut entraîner un traitement différent de celui qui conviendrait; il en résulte un coup de fouet donné à la maladie qui, stimulée mal à propos, brûle les étapes d'une marche pourtant assez rapide généralement.

Mais plus on veut le faire précoce, plus ce diagnostic est délicat : les troubles somatiques n'existent pas encore ou sont très faibles; l'interrogatoire, même minutieux du malade ne fait ressortir que les symptômes du syndrome de Beard. Dans l'une comme dans l'autre affection on trouve de « l'asthénie neuro-musculaire »,

(1) Régis. — *Presse Médicale*, 1897. — Ballet. — *Semaine Médicale*, 1893.

de la céphalée, des troubles dyspeptiques, des douleurs, de l'irritabilité du caractère, de l'inaptitude au travail, de l'amnésie, des préoccupations hypochondriaques sans lésions somatiques.

Le problème peut d'ailleurs se compliquer.

Il existe des cas où la neurasthénie s'est associée à la paralysie générale, soit au début, soit à la période d'état. Dans ces circonstances difficiles comment établir d'une manière précise des démarcations absolues entre ce qui ressort de la méningo-encephalite et ce qui revient à la neurasthénie ?

A ceux qui admettent cette forme de début on a fait l'objection suivante : puisqu'on trouve des cas où la neurasthénie et la paralysie générale étaient concomitantes, pourquoi ne pas admettre une simple association morbide ?

Pour répondre à cette objection d'une manière convaincante, il faudrait un examen anatomo-histologique. Il n'en existe malheureusement pas dans la science.

Néanmoins G. Ballet, Gross, Régis, se sont attachés dans ces dernières années à l'étude des différences existant entre les deux affections ; ils ont creusé cette partie du diagnostic, ils l'ont ainsi assis sur des bases solides.

Ce n'est pas sans difficultés cependant, car cette forme neurasthénique est rare à observer, nous l'avons déjà dit, surtout dans les asiles où les renseignements manquent souvent sur les antécédents et le début de la maladie.

Gross (1), d'Heidelberg, prétend qu'il est de règle

(1) Gross, *Zeitsch. f. Psychiatrie*. 52 vol. p. 1156.

que la paralysie générale débute par une période neurasthénique ; il en a été ainsi pour 179 cas sur 189 ; pour lui la neurasthénie paralytique se distingue surtout par les modifications spéciales du caractère, l'irritabilité, les changements d'humeur, l'oubli des convenances, les dispositions vaniteuses, les spéculations inconsidérées. Il est des cas cependant où malgré nos méthodes actuelles d'investigation, le diagnostic est difficile, sinon impossible : c'est alors qu'on doit tenir compte des antécédents du malade. Pour lui la neurasthénie est une maladie constitutionnelle ; on trouve presque toujours ses premières manifestations en remontant jusqu'à la jeunesse ; or c'est le contraire pour la paralysie générale.

« Il dépasse peut-être un peu les bornes, fait remarquer Régis, quand il conclut que toute neurasthénie qui se développe entre 30 et 51 ans chez un homme sain jusque là et non nerveux doit faire soupçonner le début d'une paralysie générale, car enfin qui n'a vu des individus bien portants et sans tare apparente, devenir tout-à-coup neurasthéniques à la suite d'une infection (1).

Ce diagnostic délicat, à coup sûr, a été signalé pour la première fois par Morel (2).

Après lui MM. Voisin et Burlureaux pressentent cette forme neurasthénique sans toutefois prononcer ce mot (3). D'après ces auteurs, la caractéristique serait un commencement d'affaiblissement de l'intelligence se

(1) Régis. *Presse médicale*, 1897.

(2) Morel. — *Délire émotif*. 1866.

(3) Voisin et Burlureaux. *Loc. cit.*

manifestant par des récits entachés d'absurdité, d'enfantillage ; le paralytique général peut même commettre des actes délictueux ; mais leurs projets manquent de coordination, c'est ce qui les distingue des monomanes ; leurs instincts sont fréquemment pervers, ils se livrent à l'onanisme ; leurs idées fixes ne sont jamais raisonnées et durent peu de temps ; l'affaiblissement de la mémoire est très précoce ; c'est un symptôme qui n'a rien perdu de son importance ; le caractère est modifié, l'irascibilité est fréquente ; mais ces colères sont en général très courtes et cèdent à l'incident le plus futile.

En 1888, Roscioli décrit ce qu'il appelle la folie paralytiforme neurasthénique ; il publie deux observations de ce genre ; pour lui, la neurasthénie s'accompagne plutôt d'obtusion et d'indifférence que d'une véritable démence ; la parole est gênée par une contraction spasmodique des masses musculaires linguales plutôt que par suite d'une sorte d'aphasie ou d'incoordination verbale ; enfin la marche favorable de la maladie témoigne en faveur de la neurasthénie.

Levillain (1891) croit à un diagnostic plus facile et se base sur la « mobilité et la fragilité des manifestations neurasthéniques » ; sur les phénomènes isolés qui ne rentrent pas dans la symptomatologie de la paralysie générale : dyspepsie, états phobiques, douleurs fulgurantes.

« Il y a en effet, dit Beard, des phénomènes neurasthéniques spéciaux, qui n'appartiennent nullement aux états organiques : tels sont, par exemple, les hyperesthésies du cuir chevelu, des dents et des gencives, les appétits immodérés pour les stimulants. »

Plus récemment Levillain (1) a étudié plus profondément ce problème.

Il admet que le type de Beard n'est jamais pur, ou bien il y a contraste entre les troubles psychiques, très intenses, avec de vagues troubles gastro-intestinaux, de l'insomnie ; c'est ce qu'il appelle les pseudo-neurasthénies préorganiques.

« Mais, ajoute-t-il, tout cela n'est pas encore suffisamment déterminé pour qu'on puisse donner la formule précise de chacun de ces diagnostics délicats ; on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes.

1° On est plutôt en présence d'un état neurasthéniforme que neurasthénique évoluant spontanément sans cause connue.

2° On trouve associés d'autres caractères non communs au type de Beard ou prédominants, certains symptômes qui par cela même doivent éveiller l'attention et rendre circonspect. »

En 1892, V. Krafft-Ebing fait avec juste raison remarquer la coïncidence d'apparition des deux affections : c'est toujours sur un terrain épuisé et avec des symptômes de début de fatigue cérébrale ; les antécédents ou des prédispositions névropathiques, font pencher vers la neurasthénie ; la syphilis vers la paralysie générale : début brusque dans la première, lent et saccadé, mais progressif, dans la seconde.

En comparant d'après cet auteur les deux maladies on obtient le tableau suivant.

(1) Levillain. *Neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes*, 1896.

PARALYSIE GÉNÉRALE

1^o *Symptômes intellectuels*

Obsessions rares.

Modifications du caractère, profondes et constantes.

Troubles du sens moral.

Oubli des convenances.

Perte de la mémoire des faits anciens, peu accusée.

Perte des images photographiques.

Incertitude du calcul des dates.

Connaissances arithmétiques perdues.

2^o *Symptômes physiques*

Insomnie indépendante de causes extérieures.

Hémicranie ophtalmique.

Inégalité pupillaire.

Rétrécissement concentrique du champ visuel, ou sous forme de section.

Rétinite paralytique.

Injection rosée de la papille avec dilatation variqueuse des veines environnantes.

Atrophie des nerfs optiques, quand le tabes est associé.

Réflexes patellaires abolis.

Troubles de l'écriture.

Ictus apoplectiques.

Elévation fréquente de la température.

NEURASTHÉNIE

1^o *Symptômes intellectuels*

Obsessions hypochondriaques fréquentes.

Modifications du caractère, variables et peu intenses.

Pas de troubles du sens moral.

Perte de la mémoire des faits anciens très marquée.

Pas de perte des images photographiques.

L'erreur des dates ne dépasse pas deux jours.

Connaissances arithmétiques conservées.

2^o *Symptômes physiques*

Insomnie dépendant des circonstances extérieures.

Migraine ordinaire et névralgie du trijumeau.

Sensation de pression à la tête (caractéristique).

Quelques troubles fonctionnels : asthénopie, mouches volantes.

Réflexes patellaires exagérés.

Troubles de l'écriture, mais le neurasthénique reconnaît ses erreurs.

Pouls monocrote au début.	Pouls tricrote accéléré.
Diminution rapide de poids au début.	Quand il y a phosphaturie il y en même temps augmentation d'acide urique et d'oxalates.
Phosphaturie au début.	Diminution des fonctions génitales purement psychiques.
Fonctions génitales diminuées au début.	

Il est un nom qu'il faut toujours citer, quand il s'agit de neurasthénie, c'est celui de M. Bouveret ; il n'a pas été sans remarquer les analogies des deux affections. Voici ce qu'il écrit en 1891 (1).

« Assurément, il ne peut être question du diagnostic différentiel de la cérébrasthénie et de la paralysie générale, lorsque cette dernière affection est arrivée à la période d'état. Mais le diagnostic peut bien offrir quelques difficultés tout à fait au début, pendant la période prodromique de la paralysie générale, du moins si cette période revêt les caractères de la mélancolie et de l'hypochondrie. Le tableau clinique, dans les cas de ce genre n'est pas sans analogie avec celui de la cérébrasthénie ; les paralytiques généraux ont de la dépression cérébrale, des idées tristes, de l'émotivité, de la céphalée, de l'insomnie, des troubles de la mémoire, des poussées congestives vers la tête, des troubles digestifs, des douleurs vagues dans les membres, quelquefois même des palpitations, symptômes que présentent aussi les malades atteints de la forme cérébrale de la neurasthénie. Les données étiologiques ne peuvent pas beaucoup servir à ce diagnostic différentiel, puisque le

(1) Bouveret, — *La Neurasthénie*, 1891.

surmenage du cerveau, cause commune de la neurasthénie, conduit également à la paralysie générale. L'hérédité névropathique prédispose aussi à l'une et à l'autre affection.

« Mais si l'on peut observer dans les deux cas des symptômes analogues, cependant ces symptômes n'ont pas tout à fait les mêmes caractères. La céphalée neurasthénique est continue, non très intense, souvent localisée à la nuque, la douleur de tête du paralytique survient plutôt par accès et généralement est plus prononcée. La migraine observée au début de la paralysie générale est souvent une migraine accompagnée, c'est la migraine ophtalmique avec scotome scintillant, ou bien la migraine avec accès d'aphasie ou de parésie d'un membre : celle du neurasthénique revêt la forme simple. Ce n'est pas dans les deux cas le même trouble des facultés intellectuelles. Chez le neurasthénique, ces facultés restent longtemps indemnes, seulement l'exercice en est difficile et s'accompagne d'une sensation de fatigue précoce, il n'y a jamais de conceptions délirantes. Chez le paralytique, on peut constater même au début des lacunes graves de la mémoire et un interrogatoire répété, dirigé dans divers sens, permet parfois de découvrir quelques ébauches de conceptions délirantes, quelques idées de grandeur ou de persécution. Le sens moral reste indemne dans la neurasthénie ; on sait que la perversion du sens moral est, au contraire, un des signes les plus précoces de la périencéphalite diffuse. L'excitation génésique est commune au début de la plupart des formes de la paralysie générale, dans la neurasthénie quand elle n'est pas d'origine génitale,

la règle, c'est la diminution de la virilité jusqu'à l'impuissance. Déjà dans la période prodromique de la périencéphalite, il n'est pas rare de voir apparaître les premiers indices de ces signes objectifs qui ont une si grande valeur pour le diagnostic : l'inégalité permanente des pupilles, l'agueusie, l'anosmie, les troubles de la parole, ceux de l'écriture. »

Löwenfeld donne les mêmes signes que V. Krafft-Ebing, mais il insiste surtout sur les modifications du caractère, de la mémoire, de la conscience et enfin sur les différences pupillaires. « L'inégalité pupillaire prolongée se rencontre, il est vrai, dit-il, dans la neurasthénie, mais d'une façon si rare qu'il faut absolument se méfier surtout s'il y a de la syphilis sous roche. Un myosis permanent, la paresse de réaction des pupilles à la lumière permettent d'écarter résolument le diagnostic de neurasthénie. Il en est de même des paralysies très fugaces de la musculature de l'œil, de la disparition du réflexe du genou qui se retrouvent assez souvent de très bonne heure dans la paralysie générale (1) ».

Magnan et Sérieux dans leur petit traité sur la paralysie générale, après avoir donné les symptômes qui rapprochent les deux maladies ajoutent en parlant de la neurasthénie : « Mais, fait important, le malade a conscience de son état, il analyse lui-même les troubles qu'il éprouve, et il est plutôt porté à en exagérer la portée qu'à l'ignorer comme le paralytique. En outre on ne constate point d'hésitation véritable de la parole, point

(1) Lowenfeld. — *Die neurasthenie*, 1891.

de lacunes profondes de la mémoire, point de modifications radicales du caractère ».

Régis (*Presse Médicale* 1897), donne trois observations de ce début neurasthénique, puis il conclut au point de vue du diagnostic : la neurasthénie a presque toujours des antécédents névropathiques ; les symptômes que présentent certains neurasthéniques sont purement imaginatifs et commandés par le souvenir qu'ils ont après avoir vu des paralytiques généraux et la peur de devenir comme ces derniers. C'est ainsi qu'on a dit que « le neurasthénique avait la peur du mal sans l'avoir et le paralytique général avait le mal sans en avoir la peur, ni même la conscience ». Le diagnostic devient plus délicat encore quand la neurasthénie éclate brusquement sans antécédents à l'époque où apparaît généralement la paralysie générale. D'élimination en élimination, Régis arrive à limiter la question aux neurasthénies d'origine infectieuse, parmi lesquelles il distingue encore celles des infections aiguës et celles des infections chroniques, « les premières, dit-il, marchent à rebours ; leur évolution est régressive et non progressive ; pour les infections chroniques le problème est plus complexe ; l'absence de syphilis antérieure peut faire écarter presque sûrement l'idée de paralysie générale mais si après l'interrogatoire du malade on acquiert la conviction que tous ces troubles reposent sur une base syphilitique, on peut faire rentrer ces individus dans deux grandes classes, les neurasthéniques cérébraux et les neurasthéniques nerveux. Ces derniers sont de simples névropathes, ils ont peur de la paralysie générale et finissent par la simuler. Les premiers au contraire ont

une tendance vers la paralysie générale, leur neurasthénie « n'est qu'un pont jeté entre la syphilis infection originaire et la méningo-encéphalite terminale. »

Toutes ces distinctions sont très intéressantes au point de vue théorique, mais on nous accordera qu'en pratique, elles paraissent un peu spécieuses et difficiles à appliquer.

Dans le récent traité de Pathologie mentale, de G. Ballet, E. Dupré est plus précis sur cette question si discutée et pourtant si importante au point de vue du traitement.

Au fond de tous les symptômes du paralytique général on sent un affaiblissement psychique très marqué qui leur donne une mobilité, une variété, une multiplicité caractéristique ; ils sont toujours empreints de la plus grande contradiction et de l'illogisme le plus absurde ; on ne retrouvera pas chez lui ou très peu nets les marques distinctives de la vraie neurasthénie : la céphalée en casque, la rachialgie, la plaque sacrée, enfin le tableau du paralytique général varie à chaque instant et brusquement ; on peut le distraire assez facilement, détourner son attention de ses douleurs ; la suggestion réussit bien quelquefois sur ces malades comme moyen thérapeutique ; le vrai neurasthénique au contraire se concentre sur ce qu'il ressent, il y revient sans cesse, en parole, par écrit, enfin, surtout l'état mental est tout différent.

Klippel enferme dans quelques mots un schéma complet : « Le neurasthénique a une intelligence paresseuse, le paralytique a une intelligence diminuée. » (*les paralysies générales progressives*, 1898).

Mais la neurasthénie n'étant qu'un syndrome peut venir s'ajouter à une paralysie générale au début, c'est une complexité de plus car la départition est souvent impossible. Qui sait même si beaucoup de ces neurasthénies graves ne seraient pas des commencements de paralysie générale, des formes atténuées qui s'arrêteraient dans leur évolution pour un temps ou définitivement. L'étude de la marche de ces affections perdrait ainsi toute son importance au point de vue différentiel et la paralysie générale n'apparaîtrait plus sous l'aspect d'un monstre insatiable et toujours inassouvi jusqu'à la mort de sa victime.

Une nouvelle voie est ouverte depuis l'introduction de la cytologie dans la clinique. Widal et Ravaut en 1900, ont fait les premiers le cytodiagnostics de la paralysie générale. La technique opératoire est celle de la ponction lombaire de Quincke.

La lymphocytose paraît évidente, mais permet-elle un diagnostic précoce, c'est là le point discuté et c'est cependant le plus pratique ; il y a quelques cas négatifs pour un assez grand nombre de cas positifs ; on peut dire simplement : le cyto-diagnostic ne prouve la paralysie générale que quand il n'existe aucun autre processus susceptible d'amener la lymphocytose observée.

Néanmoins cette partie appelle de nouveaux travaux et là peut-être est la solution de la question.

Que devons-nous retenir de cette énumération ? Il est incontestable que tous ces signes sont très importants, mais ce qui fait leur force c'est surtout leur réunion chez un même malade.

Il ne faudra donc pas se hâter de conclure de ce

qu'un malade a de la céphalée et de l'insomnie à une neurasthénie essentielle ou de ce qu'un autre présente une pauvreté marquée de conceptions à une méningo-encéphalite diffuse prochaine ; l'évolution ultérieure de la maladie risquerait de donner au médecin le démenti le plus formel.

C'est alors qu'il est utile, ainsi que le conseille Gross, d'interroger les antécédents personnels et héréditaires ; c'est une source de renseignements précieuse qu'on aurait le plus grand tort de négliger, on s'apercevra vite alors que cette faiblesse de l'intelligence est congénitale ou due à quelque autre maladie, infectieuse par exemple ; l'étude des symptômes concomitants achèvera de nous fixer. Parmi ceux-ci, nous retiendrons surtout les différences psychiques ; il semble impossible en effet, tout bien considéré, de se méprendre sur la nature de l'affection. Dupré (1) nous l'a dit : « L'état mental du neurasthénique est tout différent de celui du paralytique général neurasthéniforme. »

C'est en se basant sur le psychisme que M. le Professeur Pic a fait le diagnostic dans les observations données plus haut.

L'intelligence n'est jamais intacte dans la méningo-encéphalite diffuse : on note de l'absurdité et de l'illogisme des conceptions, leur frivolité ; le neurasthénique, au contraire, analyse à fond ses sensations, il raisonne ; c'est là le point principal, le nœud de la question : le neurasthénique a conscience de son état, le paralytique général décrit ce qu'il ne ressent pas et souvent il y a

(1) Dupré, in *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet.

contradiction entre ses paroles empreintes de tristesse et l'expression de sa physionomie.

Le paralytique général appelle l'attention d'une façon exagérée sur des troubles peu importants et laisse dans l'ombre des troubles réellement graves, et ceux-ci ne le préoccupent pas ; c'est ce que nous avons vu principalement chez ce malade, docteur en médecine, qui se rend compte de son état, a fait son propre diagnostic, mais il n'y attache pas toute l'importance que ses connaissances médicales devraient lui imposer.

Le neurasthénique, au contraire, apprécie à leur valeur les symptômes dont il se plaint, tout en exagérant leur portée ; le neurasthénique donne, avec un grand luxe, des détails sur les symptômes qu'il éprouve, tandis que le paralytique général est le plus souvent rebelle aux questions.

Certains neurasthéniques ne se résolvent qu'avec peine à parler, mais encore prennent-ils leur revanche par des réflexions écrites ; on connaît la fréquence des petits papiers du professeur Charcot ; jamais un paralytique général ne se conduit ainsi.

Les troubles somatiques sont, en général très faibles, mais nous l'avons vu, on peut, par le calcul par exemple, les mettre en évidence ; ces symptômes ne se retrouvent pas dans la neurasthénie essentielle.

Un excellent signe très précoce est la sensation de tremblement qu'on a quand on donne une poignée de mains au malade, on perçoit alors, en effet, une série de fines secousses musculaires, de trémulations caractéristiques.

En résumé, la neurasthénie ne consiste qu'en un

trouble passager de la cellule nerveuse, tandis que la paralysie générale altère celle-ci profondément et définitivement.

Il ne faudrait pas non plus confondre ces prodromes neurasthéniques de la méningo-encéphalite diffuse avec les diverses formes de la démence précoce qui peuvent s'accompagner d'états neurasthéniformes. L'étude des symptômes physiques sera ici d'un grand secours ; ils sont plus accentués dans la paralysie générale. Il en est de même pour les troubles psychiques ; enfin les antécédents et l'âge d'apparition sont différents dans les deux affections.

Bien souvent néanmoins le diagnostic sera presque impossible et c'est là que le cyto-diagnostic deviendra d'une grande utilité pratique.

Enfin il est une neurasthénie syphilitique bien étudiée par le professeur Fournier (1), qui se produit au cours de la période primaire ou secondaire de la syphilis, due vraisemblablement à une imprégnation des cellules nerveuses par les toxines syphilitiques et par suite justifiable du traitement spécifique ; sous son influence elle disparaît complètement ; cette forme n'a, bien entendu, aucun rapport avec ce qu'on a appelé la syphilophobie.

Ces symptômes neurasthéniformes peuvent s'observer en dehors de la période prodromique dans le cours de la maladie, mais ils sont autrement plus faciles à reconnaître que dans la précédente ; les différences sont nette-

(1) Fournier. — *Bulletin médical*, 1893.

ment accusées et enfin les grands symptômes physiques, qu'on ne trouve pas associés ainsi dans la neurasthénie, sont là pour vaincre toutes les hésitations ; c'est ce qui fait écrire à Bertin, en 1901 (1) :

« Les symptômes de la neurasthénie vraie ne présentent avec ceux de la paralysie générale que des rapports assez vagues, l'asthénie musculaire qui l'accompagne se distingue aisément de l'ataxie paralytique, le tremblement émotif intermittent ne ressemble en rien à celui de la paralysie générale, les troubles oculo-pupillaires en sont également tout différents, enfin le neurasthénique ne présentera jamais cette déchéance intellectuelle profonde, qu'on observe dans la paralysie générale même sans délire ; on trouvera plutôt chez lui une certaine torpeur d'esprit contre laquelle il pourra réagir. »

Le professeur Fournier a aussi, avec sa haute compétence, étudié ces différences dans les « affections parasyphilitiques (2) ». Il assied son diagnostic sur ce qu'il appelle « la triade symptomatique », dont voici le diagnostic.

1° Absence dans la cérébrasthénie des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau ;

2° Dans la même maladie, multiplicité des symptômes étrangers à la scène usuelle des affections organiques du cerveau ;

3° On trouve dans la neurasthénie des phénomènes morbides ne présentant que l'apparence et non la réalité

(1) Bertin. — Thèse de Lille, 1901.

(2) Fournier. — *Affections parasyphilitiques*.

des symptômes essentiels de la paralysie générale ; c'est ainsi que le neurasthénique est plus paresseux que faible d'esprit ; il est hypochondriaque, mais il souffre réellement, il n'est jamais illogique encore moins absurde, enfin on peut le raisonner, le consoler. »

Il faut n'avoir jamais vu de paralytique général pour croire qu'il puisse correspondre à ce tableau.

Ces états neurasthéniformes ne sont d'ailleurs pas particuliers à la syphilis ou aux affections d'origine syphilitique. A la suite d'une infection aiguë, l'organisme affaibli peut tomber dans une profonde adynamie avec tous les symptômes physiques et intellectuels d'une paralysie générale sans délire ; il est vrai que la question se pose aussitôt de savoir si ces états neurasthéniques consécutifs ne sont pas d'un autre côté prodromiques d'une paralysie générale qui avorte dans la suite.

Régis (1) donne l'observation d'une dame qui, à la suite d'une grippe et d'une rougeole, sans syphilis, présenta tous les symptômes nettement accusés d'une paralysie générale assez avancée, accompagnée d'une asthénie profonde ; le diagnostic de périencéphalite diffuse fut fait et resta confirmé pendant six mois ; c'est alors que tous les symptômes physiques disparurent complètement et la malade put reprendre ses occupations antérieures. Il nous est permis de croire dans ce cas à une paralysie générale, puisque on tend actuellement à faire rentrer dans ce groupe ce qu'on appelait autrefois les pseudo-paralysies générales.

Ces formes sont encore relativement assez fréquentes

(1) Régis. — *Presse médicale*, 1897.

à la suite d'une infection aiguë comme la grippe, la rougeole, etc.

La grande névrose peut aussi simuler la paralysie générale et même la forme dépressive ; Ballet et Dupré ont observé des cas d'association hystéro-neurasthénique avec quelques symptômes physiques capables de faire penser immédiatement à une paralysie générale au début ; néanmoins le diagnostic est en général assez facile à faire, si on a la précaution de rechercher avec soin les stigmates de l'hystérie.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec le bégaiement hystérique, la chorée, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, il suffit d'être averti pour éviter ces erreurs.

Il nous reste à voir assez rapidement, car la question est plus ancienne et plus connue, le diagnostic des autres formes dépressives.

La mélancolie peut exister à l'état simple d'entité morbide, mais le mélancolique paralytique se reconnaîtra à sa mobilité, son inconstance et son absurdité, ses idées manquent de lien et de logique, contrairement à ce qui se passe dans la mélancolie proprement dite, où il y a une systématisation bien définie.

Le paralytique général est difficile à interroger, il répond rarement et quand il le fait, on remarquera rapidement l'incohérence et la niaiserie de ses propos ; dans la méningo-encéphalite diffuse on trouve encore fréquemment des tendances au suicide, mais ces tendances sont absurdes quant au choix des moyens et à l'exécution, aussi avortent-elles le plus souvent ; enfin l'alternance avec le délire des grandeurs lève tous les

doutes. La mélancolie s'accompagnant de délire se distingue aussi des formes analogues de la paralysie générale, on retrouve les mêmes caractères que plus haut, l'absurdité du délire dans la paralysie générale, l'absence complète de systématisation, les contradictions fréquentes entre ses conceptions, l'indifférence complète sur son internement.

Le mélancolique simple raisonne un peu son délire et discute ses états d'âme, il expose ses chagrins, il réclame sa mise en liberté, sa mémoire et son intelligence sont intactes.

Le diagnostic est plus difficile quand la lypémanie va jusqu'à la stupeur, état qui peut se voir aussi dans la paralysie générale; on n'aura souvent d'autres ressources que les antécédents, l'évolution et les symptômes physiques.

Le délire hypochondriaque est certainement le plus fréquent parmi les formes dépressives, c'est une des plus caractéristiques.

Baillarger qui l'a fort bien étudié a cherché à montrer sa spécificité dans la paralysie générale. Il semble bien, en effet, que cette affection s'accompagne souvent de cette forme de délire qui lui serait pour ainsi dire particulière.

Il débute brusquement ou après une période d'excitation maniaque : il évolue progressivement vers la démence et jamais vers la systématisation ; là encore nous retrouvons une incohérence et une absurdité complète des idées délirantes ; le paralytique général hypochondriaque a l'air hébété, il ne discute pas et on sent qu'à la base de tous ses propos, il y a fort peu de

conviction : son délire est très mobile ; ses conceptions ont un substratum ambitieux qui manque rarement, mais qui est souvent délicat à rechercher. Enfin ce n'est pas un vrai malade, ses sensations sont fausses et l'examen objectif ne fait rien découvrir qui y corresponde, c'est une hypochondrie « sine materia », comme on l'a dit fort justement.

Le lypémanique hypochondriaque simple marche et arrive rapidement au délire des négations et au dédoublement de la personnalité.

Régis (1) insiste sur les caractères suivants : le délire hypochondriaque de la lypémanie apparaît à un âge plus avancé, entre 35 et 60 ans, plus souvent chez une femme que chez un homme et ne coïncide que rarement avec une syphilis antérieure. Son éclosion n'est pas brusque, mais consécutive à un délire de culpabilité imaginaire, auquel il s'associe assez souvent. « Il est tenace, fixe et persistant » s'accompagne de crises paroxystiques plus ou moins fréquentes, mais l'intelligence n'est jamais diminuée au moins au début ; l'évolution peut s'accompagner d'un certain nombre de troubles fonctionnels aboutissant quelquefois à une véritable cachexie, pendant que le psychisme évolue vers le délire des négations de Cotard. C'est dans ce cadre que rentrent les paralysies générales post-tabétiques ; mais dans cette forme, les sensations sont réelles, c'est une erreur d'interprétation de la part du malade qui les attribue à un être imaginaire, à un *toenia* par exemple, comme dans notre observation IX.

(1) Régis. — *Gazette Médicale de Paris*, 1890.

Cette forme tabétique est en général assez facile à reconnaître grâce à la présence des symptômes primordiaux du tabes : signes de Romberg, de Westphall, d'Argyll-Robertson. De plus son évolution n'est pas la même, elle est sujette à des rémissions fréquentes et parfois très prolongées.

Certains épileptiques pēuvent, avec un peu de confusion psychique, une certaine diminution de l'intelligence et de la volonté, quelques troubles somatiques, avoir un délire hypochondriaque ; il faut alors se baser sur les antécédents, et l'évolution de la maladie.

Avec l'alcoolisme, le diagnostic est plus délicat, puisqu'il peut lui aussi conduire à la paralysie générale ; mais celle-ci de nature alcoolique peut encore se reconnaître ; il y a d'abord les anamnétiques, les hallucinations ne sont pas de même nature, enfin l'alcoolique est plus un « abruti » qu'un dément ; c'est un paresseux ; sa mémoire a des lacunes, mais elle existe encore, sa parole est plus empâtée qu'hésitante.

L'intoxication saturnine est souvent marquée par de la tristesse, de l'hébétude et de la méfiance, mais tous ces accidents sont très précoces et considérables dès le début « c'est la démence qui semble au premier abord dominer tout l'ensemble de la situation (1) ». Enfin il y a toujours le terrain, les antécédents, souvent la coexistence de néphrite d'origine toxique.

La démence sénile a une époque d'éclosion particulière qui empêchera toute confusion, la démence est moins globale, ses délires mélancoliques sont mélangés de périodes d'excitation, mais sans fond d'ambition.

(1) G. Ballet. *Traité de pathologie mentale.*

ÉTIOLOGIE

Il ne suffit pas, dans l'état actuel de la science, de décrire des types morbides, d'essayer de les mettre au rang d'entités, il faut encore les analyser aussi profondément que possible et expliquer leur production dans certains cas et leur absence dans d'autres; l'étude de l'étiologie nous donnera-t-elle quelques réponses à toutes ces questions?

On admettait depuis les savantes statistiques de Fournier que la syphilis était à la base de toutes les paralysies générales; mais l'étude des pseudo-paralysies générales a ouvert ce cadre jusqu'alors fermé. Cette question n'est pas encore résolue et nous n'avons pas la compétence nécessaire pour la discuter.

Il est dans tous les cas à peu près certain que l'alcoolisme joue un grand rôle dans la production et l'évolution de la paralysie générale.

On le retrouve signalé aux antécédents de presque toutes les observations anciennes ou nouvelles.

Leuridan (1) publie une courbe démontrant les rapports entre la paralysie générale et le développement de l'alcoolisme.

Il n'est pas douteux que de même qu'il y a plusieurs façons de s'alcooliser, de même ce poison agira suivant diverses modalités.

A différentes époques le vin ou les essences ont dominé tour à tour et peut-être faut-il chercher une relation entre l'évolution que semble avoir subie la paralysie générale dans la seconde moitié du dernier siècle et le règne plus ou moins exclusif des boissons fermentées ou de ces mixtures sur lesquelles l'hygiène moderne a jeté l'anathème.

Nous avons vu, en parcourant l'historique de l'affection qui nous occupe, que Bayle avait surtout décrit la forme mégalomaniacale et nous savons d'autre part qu'à cette époque nos pères ne connaissaient heureusement pas encore ces apéritifs divers qui ont pris depuis une si funeste extension. Nous ne pouvons pas croire qu'un esprit aussi judicieux ait volontairement laissé de côté une forme si nettement opposée à celle qu'il a rendue classique; si ses mémoires nous paraissent aujourd'hui incomplets, c'est qu'il n'a pas eu la fortune d'observer des cas de cette forme alors probablement très rare; depuis ce moment avec le développement croissant de la vente des alcools et essences, on peut voir une gradation constante dans le nombre des cas de la forme que nous étudions, et pour cela il n'est pas besoin de ces statistiques, qu'on fabrique si facilement

(1) Leuridan. Thèse de Lille (1901-1902).

pour les besoins de la cause, nous avons vu dans l'historique que lorsqu'on s'avance ainsi vers nos jours le nombre des auteurs augmente qui citent les formes dépressives, qui s'en occupent, en un mot l'étudiant; c'est là une preuve exempte de toute partialité et qui montre mieux que toutes les courbes, la progression suivie; cependant en 1859 on note la présence du délire dépressif vingt-six fois sur cent cas, en 1869 on arrive à la proportion de 48 % (1).

Que dire alors des années que nous avons connues et où le règne de l'absinthe a été complet, où la liqueur verte primitive a été elle-même falsifiée et rendue plus nocive encore par toutes les préparations qu'on a fait rentrer dans sa composition c'est alors qu'on a pu dire que la forme classique de la paralysie générale avait changé: l'alcoolisme à bon marché avait tué le paralytique général mégalomane, et nous avons entendu dire à un de nos maîtres qu'il était souvent difficile dans les cliniques faites aux étudiants de trouver un paralytique général qui réalise exactement le type décrit dans les auteurs; on ne voyait alors rentrer dans les asiles que ce type que nous avons essayé de décrire dans le chapitre précédent.

Depuis quelque temps il semble au contraire que la paralysie générale revienne à sa forme primitive; c'est en particulier depuis le dégrèvement des boissons dites hygiéniques que ce retour a eu lieu; on a en même temps constaté une augmentation sensible dans la consommation de ces boissons; il semble donc que si on

(1) Voisin et Burlureaux, *loc. cit.*

compose ces deux courbes de la consommation des divers alcools et de l'éclosion des formes dépressives, ces courbes doivent se superposer à peu près.

L'abus du vin peut avoir en effet sur les viscères abdominaux une action aussi pernicieuse que les autres alcools, mais son influence sur le cerveau paraît spéciale.

Un exemple fait très bien ressortir cette proposition : tout le monde connaît l'individu qui a abusé du vin, c'est l'ivrogne classique en termes vulgaires « le joyeux pochard » qui par ses facéties amuse la foule ; au contraire, celui qui s'est adonné à l'absinthe, surtout d'une façon chronique, voit son caractère s'assombrir peu à peu, son humeur devient inégale ; dans les cas aigus, sa physionomie prend un aspect triste et souvent farouche ; il croit qu'on lui veut du mal, voit des ennemis partout, ce sont de véritables idées de persécution qui, passant à l'état d'impulsion, peuvent amener le sujet à un acte nuisible à la société.

Eh bien, ces deux types de l'alcoolique ont eu aussi des évolutions différentes, le premier a été détroné par le second dans le dernier tiers du dernier siècle, et il reparait maintenant depuis le dégrèvement des boissons hygiéniques.

Pourquoi ne pas admettre une influence chronique de l'alcool, semblable à son action brusque ?

Les expériences des hygiénistes sur les animaux nous ont appris les propriétés stupéfiantes de certaines essences qu'on retrouve dans les apéritifs en circulation ; la cellule nerveuse humaine, plus noble, réagit à peu près, en se défendant un peu mieux, voilà tout.

On ne manquera pas de nous objecter les cas nom-

breux où, malgré un alcoolisme spécial, la paralysie générale a évolué avec le type classique, comme si en médecine on pouvait établir des lois complètement générales et absolues.

La médecine n'est pas une science exacte et comporte à toutes ses lois, de nombreuses exceptions, qui, qu'on nous pardonne l'expression, confirment la règle.

D'ailleurs dans l'étude de la nosologie il y a un facteur qu'il ne faut pas négliger, le plus important peut-être : c'est le malade lui-même avec son tempérament propre, son hérédité difficile à mesurer et qui vient troubler les calculs des meilleurs cliniciens et pathologistes généraux.

Il est par exemple certain que la réaction ne se fera pas de la même façon chez l'homme que chez la femme et d'abord celle-ci apporte à la paralysie générale à forme dépressive un appoint considérable.

Les statistiques manquent malheureusement un peu sur ce point qui pourrait être intéressant. Dans l'ouvrage de Voisin et Burlureau, déjà un peu ancien, nous avons relevé huit observations d'hommes et cinquante-deux de femmes ; depuis cette époque presque tous les travaux qui parlent de cette forme ne donnent pas de statistiques mais appuient leurs arguments sur des observations de femmes.

On connaît d'ailleurs la facilité avec laquelle la femme évolue vers la mélancolie. Cette prédisposition a été remarquée depuis déjà plusieurs années. Il n'est donc pas étonnant que quand la paralysie générale atteint la femme, elle ait une tendance générale dépressive. Certains auteurs ont été même jusqu'à décrire une forme féminine caractérisée par un affaiblissement intellectuel

précoce, un fond mélancolique, mais sans délire bien marqué. Ball (1) écrit « Lorsque les femmes sont atteintes de paralysie générale ce qui domine la scène, c'est l'hypochondrie ; elles prétendent avoir des infirmités de tout genre ; elles tourmentent le médecin pour être passées au spéculum, elles veulent être auscultées et fatiguent leur entourage de leurs lamentations incessantes.

Leuridan (2) appelle l'attention sur une forme démenciale simple sans délire due au surmenage physique. « La malade déprimée au teint pâle, terne, au facies figé, aux traits concentrés immobiles, aux yeux fixes, grands ouverts sans expression, a bien l'apparence d'une malheureuse fatiguée à l'excès par la vie intensive du commerce et de l'industrie, usée par un travail abrutissant dans des usines ou fabriques qui se présentent le plus souvent dans des conditions d'hygiène déplorable ; elle est vidée physiquement et moralement par toutes sortes d'excès, sexuels, travail, chagrins, alcool ; bref c'est une femme qui ne s'est pas reposée. Les organes de la pensée ont perdu leur énergie et leur force nécessaire pour remplir leurs fonctions. La résistance cérébrale est annulée ; l'absence de réaction est complète, elle a reçu un coup de massue et son cerveau n'est même plus en état d'enfanter une idée. »

Est-ce que ce tableau ne peint pas d'une manière saisissante le maximum de la dépression intellectuelle ? c'est un état analogue à la stupeur.

(1) Ball. — Leçons sur maladies mentales, 1890.

(2) Leuridan. — Thèse de Lille, 1901-1902.

La question de l'âge est encore fort débattue : certains auteurs ont cru remarquer que l'époque de l'apparition de la paralysie générale était de plus en plus précoce. Autrefois ce n'était qu'aux environs de 40 ans que se manifestaient les premiers symptômes ; actuellement on ne compte plus les cas qui ont débuté au-dessous de 30 ans, dans l'adolescence et même dans la deuxième enfance : on a décrit ainsi la paralysie générale infantile :

Et ces paralysies générales précoces correspondent d'ordinaire à des formes dépressives ; c'est une remarque que nous avons pu faire en suivant les divers services de l'asile de Bron. Le jeune âge semble donc s'allier assez mal au type expansif ; mais il paraît difficile de se prononcer actuellement, c'est une question qui demanderait une étude spéciale.

Parmi les facteurs principaux de la paralysie générale il nous faut encore citer le surmenage, soit physique, soit intellectuel.

Nous avons parlé du premier au sujet de la forme dite féminine ; on en retrouve les traces par un interrogatoire du malade ou de la famille ; ce sont surtout les abus sexuels qui sont fréquents et nous ne parlons ici que de ceux qui sont antérieurs à la maladie, et non de cette excitation génésique qui est une des caractéristiques de l'affection : d'ailleurs on le comprend sans peine, tout dépend ici de la vigueur de l'individu et ce qui est abus chez l'un peut être normal chez un autre ; la mélancolie peut découler directement encore de la comparaison que ces malades établissent souvent entre leur puissance virile ancienne et leur frigidité actuelle dans le cours de l'affection.

On retrouve de même l'influence du surmenage intellectuel sur l'éclosion des formes dépressives : ces observations, que nous citons dans un chapitre précédent, sont prises presque toutes sur ce qu'on a nommé de nos jours des « *intellectuels* ». Ce sont souvent des personnes qui sont arrivées à des positions superbes : des ingénieurs, des médecins, des commerçants : le travail exagéré, le souci constant des affaires, de la lutte pour la vie, s'est substitué peu à peu à toutes les joies, à tous les plaisirs ; tout cela autant de prédispositions, autant de terrains préparés pour une apparition facile d'un psychisme particulier.

C'est ce que nous retrouvons dans la thèse de Materne (1), où les observations portent presque toutes sur des officiers chez lesquels le surmenage intellectuel s'allie au surmenage physique.

Avec la civilisation intensive que nous subissons, avec les crises économiques que nous traversons, il y a bien peu de place pour le repos de l'esprit : la gaieté actuelle n'est plus, sans qu'on sache pourquoi, ce qu'elle était autrefois ; il est aisé de s'en rendre compte en suivant l'évolution de la Comédie ; les grosses farces qui amusaient tant nos pères nous font à peine sourire de pitié maintenant ; les auteurs dramatiques sont obligés de corser leurs intrigues, de compliquer leurs situations pour faire naître quelques fusées de rire : plus nous progressons, plus l'esprit humain semble s'assombrir, une préoccupation de tous les instants l'envahit.

Quoi d'étonnant à ce que l'état morbide se ressente de

(1) Materne. — Thèse de Paris, 1869.

cette évolution de l'état normal ? puisque la maladie ne fait qu'aggraver l'orientation antérieure d'un cerveau déjà dégénéré.

Ce qui domine le débat c'est peut-être la question d'origine de la maladie puisque maintenant la question des pseudo-paralysies générales est à l'ordre du jour. Après les maladies infectieuses on a vu l'éclosion de paralysies générales ; l'infection semble agir quel que soit sa nature d'une manière analogue.

Enfin le traumatisme portant sur l'enveloppe crânienne peut être une cause occasionnelle de paralysie générale.

Dans l'observation que nous relatons il semble bien exister un rapport entre l'éclosion de la maladie et une chute antérieure du malade sur la tête (observ. V).

D'une manière générale, peut-être que presque tous les cas qui à la période d'état s'accompagnent de mélancolie, d'hypochondrie ou d'idées de persécution sont des cas appartenant à la paralysie générale consécutive à un tabes sensitif ; en étudiant à fond ces malades on pourrait retrouver les symptômes d'une sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Nous verrons dans le chapitre suivant qu'il est facile alors d'interpréter la genèse des idées mélancoliques chez ces paralytiques généraux ; cette forme deviendrait ainsi de plus en plus fréquente à mesure qu'on saurait mieux la rechercher.

PATHOGÉNIE

Maintenant que nous connaissons quelques-unes des différentes causes de la dépression, étudions son origine et son mode de production.

Mais dans cette question délicate, combien d'avis différents ?

Les anciens auteurs attribuaient ces modalités à la congestion ou à l'ischémie du cerveau ; c'est la théorie de Gubler : la congestion donnerait le délire ambitieux, l'ischémie mènerait à la dépression ; malheureusement, des autopsies sont venues infirmer ces assertions, puisque dans des cas dépressifs on a trouvé de l'hyperhémie.

Certains auteurs, avec Mairet (1) croient à l'action prédominante de la localisation des lésions : celles-ci sont diffuses sur tous les points du système cérébral mais cependant suivant les cas prédominent à tel ou tel point, et suivant les centres ainsi atteints on aurait une forme différente de la maladie.

Mairet, en particulier, signale la localisation à la base du cerveau, et surtout sur les lobes sphénoïdaux comme engendrant la tristesse.

(1) Mairet. — *De la démence mélancolique.*

Il s'appuie pour le prouver sur des observations nombreuses suivies d'autopsies et sur des expériences sur des chiens ; il détruisait chez ces animaux ce qui correspond à ces points, et il observait un changement dans l'attitude du chien, et ce qu'on pourrait appeler son caractère ; au contraire, faisant porter la lésion sur d'autres endroits du cerveau, il n'observait jamais des phénomènes analogues.

C'est ce qu'exprime Dufour dans sa thèse de Bordeaux (1899-1900). « Nous croyons que l'existence des phénomènes délirants et leurs différentes modalités sont plutôt une question de localisation des lésions anatomiques, qui tout en étant naturellement diffuses peuvent cependant être plus ou moins intenses et prédominantes à tel ou tel point des centres psychiques. »

Voisin et Burlureaux insistent sur l'étendue des lésions ou leur localisation au bulbe pour expliquer le délire hypochondriaque ; à propos de la mélancolie ils ont une théorie mixte, consistant à mettre le psychisme sur le compte d'une localisation aux couches optiques ; les lésions entraîneraient ainsi des hallucinations sensorielles dont la présence au début de la paralysie générale et l'influence sur l'orientation du délire sont bien connues.

« L'origine hallucinatoire des idées délirantes du paralytique général nous paraît ressortir encore des transformations que subissent ses conceptions dans le cours de la maladie.

« Nous admettons volontiers que l'état psychique antérieur du malade conditionne dans une certaine mesure le délire ; que par exemple, un sujet présentant habi-

tuellement un fond mélancolique ait des idées hypochondriaques, mais nous comprenons difficilement que ces dernières idées puissent à un moment donné être remplacées brusquement par des idées ambitieuses et cela sans cause apparente. Ce changement s'explique au contraire tout naturellement si l'on admet que dans la paralysie générale le délire n'est que le corollaire des perversions sensorielles (Peyre, thèse Montpellier). »

En résumé, pour Peyre, c'est l'hallucination qui dirige le délire et la modalité de la paralysie générale.

Pour le délire hypochondriaque en particulier l'origine serait dans les altérations du sens cénesthésique au sens de l'existence, c'est comme le dit Henle « la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps sont sans cesse transmises au sensorium ». Ces sensations sont normalement en un état d'équilibre qui produit un état de bien-être ; dès que la balance penche, il en résulte un état de malaise souvent indéfinissable, mais réellement ressenti. « C'est ainsi qu'on admet communément aujourd'hui que le délire hypochondriaque, si bien décrit par Baillarger dans la paralysie générale, prend sa source dans les troubles de la sensibilité générale. En effet ces malades qui racontent qu'ils sont bouchés, qu'ils ne peuvent plus manger, qu'ils n'ont plus de bouche, plus d'anus, etc., sont certainement victimes d'hallucinations ou d'illusions ayant leur point de départ dans les différents appareils organiques. » (1)

(1) Rieu. — Hallucinations, psycho-motrices dans P. G., thèse Paris 1899-1900.

C'est aussi l'opinion de M. Sérieux que les hallucinations jouent un rôle important dans la genèse et l'orientation du délire. M. Séglas dans son livre intéressant sur le délire des négations admet une pathogénie analogue. « Les idées hypochondriaques semblent bien être en rapport avec des changements organiques dans les conditions organiques de la personnalité et différents auteurs (Michéa, *Ann. médico psych.* 1864), Axenfel, *Archives de Médecine générale* (1886), (Voisin), ont déjà signalé comme causes premières de ces idées hypochondriaques spéciales des troubles de la sensibilité générale. M. Luys en donne une interprétation analogue, il pense que ces idées hypochondriaques ont leur origine dans des sensations perverses irradiées de la périphérie viscérale et en même temps il attribue une importance particulière aux lésions cérébrales qui atteignent les centres où s'élaborent ces sensations. Chaque partie du corps est reliée à un point particulier du centre cénesthésique. Quand par suite des progrès des lésions de la périencéphalite diffuse un point quelconque du centre cénesthésique est atteint (non par la désorganisation mais par l'ischémie) ce point ne fonctionne plus pour un temps. Il en résulte que la partie du corps en relation avec ce point du centre cénesthésique devient absente du moi, et le sujet malgré ce que lui apprennent ses sens extérieurs en nie absolument l'existence (1) ».

Enfin, en ce temps où règnent les théories de l'auto-intoxication, nous n'aurions garde de les oublier. Parmi celles-ci la rétention prolongée et chronique des résidus

(1) Séglas. — *Le délire des négations*.

de la nutrition, la constipation a une action qu'il ne faut pas négliger.

Pendant le cours magistral du semestre d'été, 1903-1904, nous avons entendu à plusieurs reprises M. le professeur Pierret insister sur les troubles psychiques causés par la constipation ; les rapports du physique et du moral sont connus depuis longtemps ; nous savons l'influence, ou du moins nous savons qu'il y a une influence réciproque de l'un sur l'autre sans que nous puissions parfois la préciser ; c'est là en effet que les auteurs divergent ; les uns étant en quelque sorte spiritualistes, les autres matérialistes. Ribot a dit, il y a longtemps, que « tout phénomène psychologique a pour antécédent un phénomène physiologique ».

Il est certain d'autre part que les résidus ainsi retenus sont une source d'auto-intoxications pour l'individu atteint de ce genre d'infirmité, les exemples abondent dans la clientèle courante ; l'influence de la constipation sur le psychisme n'est plus à démontrer, les toxines résorbées agissent sur le système cérébral en le déprimant ; le paralytique général est soumis lui aussi à ces causes ; dans la plupart des cas à forme dépressive on peut noter une constipation assez opiniâtre. D'ailleurs, dans les formes dépressives on remarque toujours un syndrome digestif très net, la langue est saburale, l'haleine fétide, l'anorexie fréquente ; il se produit alors un cercle vicieux, car la dépression ainsi produite par un mauvais état général entraîne à son tour une aggravation de cet état ; on peut avoir ainsi un amaigrissement progressif, une véritable cachexie.

Ce qui prouve l'influence de la constipation c'est

qu'on a pu observer souvent que la cessation de cette pseudo-obstruction donne un retour au type classique : c'est alors qu'on rencontre la forme circulaire que nous avons décrite plus haut.

Voisin rapporte un cas très curieux dans son *Traité* « Un officier de marine était atteint depuis deux ans de paralysie générale. Il se disait bouché, se plaignait de douleurs vagues dans les entrailles tant qu'il était constipé ; il restait pendant 5 ou 6 jours sans aller à la selle et tous les médicaments échouaient contre cette constipation. La podophille n'avait pas encore été essayée : l'administration de ce purgatif parvint à provoquer des selles régulières et du jour où les fonctions alvines reprirent leur cours normal, on vit disparaître les idées hypochondriaques. Le malade est aujourd'hui dans une période de délire expansif. » Cette observation qui paraît concluante n'est certainement pas unique.

D'autre part, la constatation par le malade lui-même de l'inutilité de ses efforts pour combattre la constipation peut faire naître directement un délire hypochondriaque.

Celui-ci a une origine analogue dans la forme post-tabétique : en effet, le malade interprète faussement des sensations réelles, c'est un hypochondriaque ; le jour où faisant un pas de plus, il attribuera ces sensations à la malveillance d'autrui, il devient un persécuté.

Enfin, ce qui a le plus d'influence sur l'orientation des états psychiques pathologiques et des délires, c'est peut être la tournure d'esprit, qu'on nous pardonne cette expression, de chacun. Et à ce sujet on peut trouver des contradictions énormes entre le caractère exté-

rieur et le caractère intérieur ; tel, par exemple, qui paraît gai, joyeux, content, n'est au fond qu'un mélancolique ; la maladie se greffant sur cet esprit n'exagèrera que ce qu'il y a de vrai, et il fera un délire mélancolique ; c'est ce qu'on voit fréquemment chez les gens ivres ; des individus d'ordinaire très gais, deviennent dans l'ivresse des êtres sombres et sans aucun entrain. Le vin a exalté le fond même de leur caractère et celui-ci a prédominé sur l'extérieur ordinaire ; la maladie, et en particulier, la paralysie générale n'agit pas autrement ; *on ne délire qu'avec ce qu'on a*, dit un axiome de pathologie mentale, on en voit là la vérification. Il en est de même dans les formes démentielles d'emblée ; elles apparaissent surtout chez des individus peu cultivés, peu riches en conceptions, et principalement chez les femmes qui, au point de vue cérébral, sont toujours un peu moins bien organisées que l'homme.

PRONOSTIC

Le pronostic, on le conçoit aisément, doit varier suivant la forme de la paralysie générale, et même suivant la modalité du délire.

C'est ainsi que dans les cas qui s'accompagnent de stupeur avec immobilité complète et refus d'aliments, l'état général s'aggrave rapidement, la faiblesse du malade devient extrême, les escharres se forment d'une façon précoce, d'où une source d'infections excessivement graves ; l'évolution de la maladie est alors très rapide ; la période de dix ans qu'on assigne d'ordinaire au cycle complet de la paralysie générale est fort écourtée et tout dépend de la résistance cérébrale et physique de l'individu.

Magnan et Sérieux admettent que le pronostic est plus défavorable quand il y a délire mélancolique et hypochondriaque ; dans la forme expansive les rémissions seraient beaucoup plus fréquentes. Marce écrit de même : « cette variété de début dans la paralysie générale est

(1) Magnan et Sérieux. — *Traite de la paralysie generale.*

fort grave et accélère souvent la marche fatale de la maladie, la dépression mélancolique, le refus d'aliments venant s'ajouter aux autres symptômes de la paralysie générale, il en résulte des troubles profonds de la nutrition, de la tendance aux escharres, de l'amaigrissement, un état adynamique progressivement mortel. » Il est certain en effet que puisque dans cette forme le système digestif est plus atteint, tous les autres appareils doivent s'en ressentir.

Quand la dépression est poussée à l'extrême, dans les cas de stupeur, par exemple, surgissent des complications ; il est des malades qui refusent toute nourriture, il faut alors employer la sonde œsophagienne et nous n'insisterons pas sur les inconvénients et les dangers de cette opération souvent répétée. D'autres, prétendent qu'ils ne peuvent plus uriner, on est obligé de recourir à la sonde, c'est une menace de plus pour leur existence.

D'autre part, il faut bien se rappeler une loi qui tend de plus en plus à être admise dans le pronostic de la paralysie générale, c'est la relation qui existe dans les différentes étapes du mal. On a remarqué depuis longtemps en effet que à une période prodromique longue, succédait une évolution lente de la maladie et réciproquement après une période prodromique rapide : cette loi semble se vérifier aussi dans la paralysie générale à forme dépressive.

En résumé celle-ci semble comporter par elle-même un pronostic plus grave, à fortiori quand il s'y surajoute les complications ordinaires de la dépression ou de la périencéphalite diffuse.

Nous devons faire une exception pour celle qui est consécutive à un tabes sensitif. Celle-ci, nous l'avons déjà dit, est sujette à des rémissions complètes, et le tabes continue seul à évoluer chez ces malades. Enfin il faut toujours tenir compte du traitement; soignée dès le début par un traitement antisyphilitique, la méningo-encephalite diffuse est capable sinon de guérir, au moins de voir son évolution retardée; dans la suite, les soins hygiéniques préviendront les complications et reculeront encore le terme fatal.

CONCLUSIONS

I. — La paralysie générale à forme dépressive est plus commune qu'il ne résulte des descriptions cliniques.

II. — L'état de dépression nerveuse peut être observé soit à la période d'état, soit à la période de début de la paralysie générale ; la dépression peut constituer d'un bout à l'autre de l'évolution la dominante symptomatique, mais elle alterne toujours, à certains moments, avec des phénomènes d'excitation.

III. — A la période d'état, la forme dépressive est surtout observée dans la paralysie générale consécutive au tabes ; dans cette forme, la dépression se manifeste surtout sous l'aspect de mélancolie, d'hypochondrie ou de délire de persécution ; elle paraît conditionnée dans ses manifestations par l'existence réelle de douleurs fulgurantes ou de viscéralgies faussement interprétées.

IV. — La forme dépressive est surtout intéressante à étudier à la période prodromique ; elle revêt alors fréquemment le masque d'un syndrome neurasthénique ;

le diagnostic différentiel se basera surtout, *au point de vue physique*, sur l'existence d'un déficit intellectuel, existant dès le début, premier signe de la démence progressive qui deviendra de [plus en plus évidente, *au point de vue psychique*, sur la recherche de symptômes physiques atténués, d'ordre paréto-spasmodiques qui peuvent être mis en évidence en général ; dès le début de l'invasion morbide.

V. — La paralysie générale à forme dépressive lorsqu'il s'agit d'une forme diffuse et non d'une forme post-tabétique, a en général un pronostic sévère, à évolution rapide vers la démence complète. La détermination de cette forme est difficile à préciser en l'état actuel de la science, il semble cependant que les intoxications (alcoolisme, etc.), les excès sexuels ou le surmenage intellectuel ou physique, peut être aussi le traumatisme cérébral, y prédisposent dans une certaine mesure.

Le Président de la Thèse,
PIERRET.

VU :
Le Doyen,
LORTET.

VU :
PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 5 Décembre 1904.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLARGER. — Gazette des hôpitaux, 1857.
- BAILLARGER. — Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la p. g. Annales médico-psychologiques, 1861.
- BAILLARGER. — Union médicale, 1857. Ann. médico-psych. 1858-1860.
- BALL. — Leçons sur maladies mentales. 1890.
- BALLET. — Neurasthenie et p. g. Semaine méd., 1893.
- BALLET. — Traité de path. mentale.
- BALLET. — Psychoses et aff. nerveuses.
- BELLOT. — Contribution à l'étude de la p. g. Thèse de Montpellier, 1903.
- BERTIN. — Contribution à l'étude de la p. g. observée dans les hôpitaux. Thèse de Lille, 1901-1902.
- BLACHE. — Essai sur les pseudo-paralysies générales. Thèse de Lyon, 1884.
- BOUVERET. — La neurasthénie, 1891.
- BOYER. — Etiologie de la p. g. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Ann. médico-psych., 1859.
- BROUADEL ET GILBERT. — Traité de médecine. Tome VIII, art. p. g. par Raymond et Sérieux.
- CAMUSSET. — Ann. médico-psych., 1891.
- CHANTEMILLE. — Alcoolisme et P. G. Thèse de Paris, 1900-1901.

- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de médecine. Article p. g. par Ballet et Blocq.
- COTARD. — Contribution à l'étude séméiologique des idées de négation. Thèse de Bordeaux, 1903-1904.
- COULON. — Considérations sur P. G. Thèse de Paris, 1896.
- CRÉTÉ. — Observations sur P. G. chez la femme et la P. G. conjugale.
- DAGONNET. — Traité des maladies mentales, 1894.
- DAGONNET. — De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale.
- DARRICARÈRE. — P. g. dans l'armée. Thèse de Paris, 1889-1890.
- DEBAUDE. — Alcoolisme et p. g. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- DELMAS. — Maladies infectieuses aiguës et p. g. Thèse de Bordeaux, 1895,
- DUFOUR. — P. g. simple demente sans délire. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- FALRET. — Recherches sur folie paralytique et les diverses p. g. Thèse de Paris, 1853.
- FOURNIER. — Bulletin médical, 1893.
- FOURNIER. — Affections parasymphilitiques.
- GROSS (Heidelberg). — Uber die frühe diagnose der progressiven Paralyse. allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 52 vol., p. 1154.
- HENRY. — Le délire des négations dans la P. G., 1896.
- JAMET. — Hallucinations dans la p. g. Thèse de Paris, 1901-1902.
- JUDSON-S.-BURY. — Diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et les maladies organiques du système nerveux. Brithisc méd. journal, 23 juillet 1896.
- KRAFFT-EBING (V.). — Traité clinique de Psychiatrie.
- KRAFFT-EBING (V.). — Diagnostic différentiel entre la démence organique et la neurasthénie cérébrale. Livre jubilaire du 50^e anniv. de la fondation de l'asile d'Ilenan, 1892.
- KLIPPEL. — Les paralysies générales progressives, 1898.
- LASÈGUE. — De la p. g. progressive. Thèse de Paris, 1853.

- LEURIDAN. — Contribution à l'étude de la p. g. chez la femme.
Thèse de Lille 1901-1902.
- LEVILLAIN. — Essais de neurologie clinique — états neurasthéniformes prodromiques.
- LIONET. — Des variétés de la p. g. dans ses rapports avec la pathogenie. Thèse de Paris, 1878.
- LÖWENFELD. — Die Neurasthenie, 1894.
- LUNIER. — Ann. méd. psych., 1873.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur mal. mentales.
- MAGNAN et SÉRIEUX. — De la paralysie générale.
- MAIRET. — De la démence mélancolique.
- MAIRET et VIRES. — P. g., étiologie, pathogénie, traitement, 1893.
- MASSELON. — De la démence précoce, 1903.
- MATERNE. — De la p. g. à forme dépressive. Thèse de Paris, 1869.
- MENDEL. — Quels changements a subi la symptomatologie de la p. g. dans les 10 dernières années. *Neurologie Centralblatt*, 1898.
- MOREAUX. — Marche la p. g. chez les alcooliques. Thèse de Paris, 1881.
- MOREL. — Délire émotif, 1866.
- PEYRE. — Etude sur les hallucinations dans la p. g. Thèse de Montpellier, 1896.
- PIC. — Cours du semestre d'été 1903-1904.
- PIERRET. — Cours magistral des semestres d'été 1902-1903 et 1903-1904.
- RÉGIS. — Manuel de médecine mentale.
- RÉGIS. — Neurasthénie et p. g. *Presse méd.*, 1897.
- RÉGIS. — Note sur diagnostic entre lypémanie et paralysie générale, 1890.
- RÉGIS. — *Gazette médicale*, 1890.
- REYNE. — Contribution à l'étude des idées hypochondriaques simples. Thèse de Montpellier, 1903.

- ROGNES DE FURSACH. — Manuel de Psychiâtrie, 1903.
- ROSCIOLI. — Folie paralytiforme neurasthénique. *Il manicomio moderno*, 1888.
- ROUGIER. — Lypémanie et délire de persécution chez les tabétiques. Thèse de Paris, 1882.
- RIEU. — Hallucinations psycho-motrices dans la p. g. Thèse de Paris, 1899-1900.
- SAURY. — Mélancolie et ses diverses variétés.
- SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.
- SÉGLAS. — Troubles du langage chez les aliénés.
- SÉGLAS. — Le délire des négations.
- SÉRIEUX. — Archives de neurologie, 1894.
- TASSAIN. — Valeur pronostique des idées hypochondriaques de négation dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1902.
- TATY et BELOUS. — Etude sur le diagnostic de la paralysie générale.
- THIRY. — Paralysie générale dans le jeune âge. Thèse de Nancy, 1898.
- VALLON et MARIE. — Le délire mélancolique. *Arch. de neurologie*, 1898.
- VIGNAUD. — Historique de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1901-1902.
- VOISIN. — Union médicale, 1870.
- VOISIN. — Traité de la paralysie chez les aliénés, 1879.
- VOISIN et BURLUREAUX. — De la mélancolie dans ses rapports avec la p. g., 1880.
- VOLLEMBERG. — Etude statistique et clinique de la p. g. chez la femme.
-

LYCN. - IMPRIMERIE WALTENER & Cie
3, Rue Stella,
